

ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE MOTIVANT UN RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 1 À 10 ANS : ÉTUDE DES FACTEURS ASSOCIÉS AU SEIN DE LA COHORTE ELFE

// UNINTENTIONAL INJURIES REQUIRING HOSPITALISATION FOR CHILDREN AGED 1 TO 10 YEARS: AN ANALYSIS OF ASSOCIATED FACTORS WITHIN THE ELFE COHORT

Héctor Raúl Cíbaro Canella (raul.cimbaro-canella@ined.fr)¹, Karen Milcent², Marie-Noëlle Dufourg^{1,3}, Mélissa Arneton¹, Malamine Gassama¹, Louis-Marie Paget⁴, Anne-Laure Perrine⁴, Jean-Louis Lanoë¹, Iris Hourani¹, Thierry Simeon¹, Marie-Aline Charles¹

¹ Unité mixte Elfe, Institut national d'études démographiques (Ined), Aubervilliers ; Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Paris

² Service de pédiatrie générale, Hôpital Antoine Bécélère, Assistance publique – Hôpitaux de Paris (APHP), Clamart

³ Explorations fonctionnelles endocriniennes, Hôpital Armand Trousseau, APHP, Paris

⁴ Santé publique France, Saint-Maurice

Soumis le 25.11.2025 // Date of submission: 11.25.2025

Résumé // Abstract

Introduction – L'objectif est de décrire les accidents de la vie courante (AcVC) avec un recours aux soins hospitaliers (urgences seules ou avec hospitalisation) chez les enfants de 1 à 10 ans de la cohorte Elfe et d'en analyser les facteurs de risque ou protecteurs associés.

Méthodes – Les données ont été collectées auprès de parents de 9 662 à 12 243 enfants selon les âges de 2, 3, 5 et 10 ans. Les incidences annuelles moyennes pondérées sont estimées en redressant l'échantillon pour correspondre à la population des enfants nés en 2011 en France. L'analyse des facteurs associés à la gravité s'appuie sur un modèle de régression logistique multinomiale multivarié.

Résultats – Les incidences annuelles moyennes des AcVC avec un recours aux soins hospitaliers décroissent avec l'âge de l'enfant (14,1% chez les 1-2 ans *versus* 9,2% chez les 5-10 ans). Les chutes, avec traumatisme crânien en particulier, sont les types d'accidents les plus fréquents. Parmi les facteurs associés à l'hospitalisation pour un AcVC, on retrouve pour les enfants âgés de 2 ans : le sexe masculin (odds ratio ajusté de 1,79 ; intervalle de confiance à 95% (IC95%): [1,19-2,70]) ; pour ceux de 3 ans : le trouble de santé mentale d'un parent (1,64 [1,00-2,68]) et le sexe masculin (1,58 [1,12-2,23]) ; pour ceux de 5 ans : le trouble d'attention/hyperactivité (1,59 [1,00-2,51]) ; et pour ceux de 10 ans le fait d'habiter dans une grande commune autre que Paris (1,55 [1,03-2,34]), d'avoir un indice de défavorisation sociale communale élevé (1,60 [1,09-2,37]), d'avoir des parents souffrant d'une maladie chronique (1,46 [1,16-1,85]), d'un trouble de santé mentale (1,34 [1,00-1,81]), ou imposant une discipline inconstante (5,37 [1,40-20,64]), de pratiquer des sports encadrés (1,65 [1,16-2,33]) et d'être de sexe masculin (1,42 [1,12-1,80]).

Conclusion – Si les facteurs liés à l'enfant sont souvent bien décrits, l'étude montre que la santé mentale des parents, leur mode éducatif et les caractéristiques de la commune sont également associés au recours hospitalier pour les AcVC.

Introduction – The aim of this study is to analyse home and leisure injuries (HLI) resulting in hospital care (emergency treatment alone or hospital admission) among children from the Elfe cohort aged between 1 and 10 years while identifying associated risk or protective factors.

Methods – Data were collected at different ages (2, 3, 5, and 10 years) involving a participant group ranging from 9,662 to 12,243 children. The weighted average annual incidence rates are estimated by adjusting the sample to reflect the population of children born in mainland France in 2011. The analysis of contributing factors is conducted using a stratified multinomial logistic regression model.

Results – The incidence rates for HLI in hospitalised cases decrease with the age of the child (14.1% of 1-2 years vs. 9.2% of 5-10 years). The majority of these incidents were attributed to falls, especially those that resulted in head injuries. Among the factors associated with hospitalisation due to HLIs is noted at 2 years: male sex (ORa of 1.79 [95% confidence interval [95%CI]: [1.19-2.70]); at 3 years: a parent's mental health disorder (1.64 [1.00-2.68]), male sex (1.58 [1.12-2.23]); at 5 years: attention/hyperactivity disorder (1.59 [1.00-2.51]); at 10 years: residing in a large municipality other than Paris (1.55 [1.03-2.34]), having a high communal social deprivation index (1.60 [1.09-2.37]), a chronic illness in parents (1.46 [1.16-1.85]), a mental health disorder in parents (1.34 [1.00-1.81]), inconsistent discipline (5.37 [1.40-20.64]), participation in organised sports (1.65 [1.16-2.33]) and male sex (1.42 [1.12-1.80]).

Conclusion – While the factors specific to the child are well-documented, the findings suggest parental mental health issues, parental educational styles, and the characteristics of the home city are associated to recourse to hospitals for HLI.

Mots-clés : Accidents de la vie courante, Inégalités socio-économiques, Activité physique, Genre
// **Keywords** : Home and leisure injuries, Socio-economic disparities, Physical activity, Gender

Introduction

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont des traumatismes non intentionnels qui regroupent, selon le lieu ou l'activité de survenue, les accidents domestiques, ceux de sports et de loisirs, ceux se produisant à l'école et tous ceux survenant à un autre moment dans la vie privée de l'enfant¹. Il existe une grande diversité de mécanismes, et ces accidents sont fréquents : le taux d'incidence chez les enfants de moins de 15 ans en France hexagonale a été de 5,5% en 2012¹. Entre 2012 et 2016, les AcVC ont été responsables de 20% de l'ensemble des décès chez les enfants de 1 à 4 ans et de 11% chez les 5 à 14 ans².

Les accidents surviennent chez les petits enfants, le plus souvent à domicile, et se produisent lors d'activités de jeux ou de loisirs. Après 5 ans, il y a une augmentation des accidents à l'école et sur les aires de sport et de jeux. Les chutes en sont le mécanisme le plus fréquent, quel que soit l'âge³. L'identification des facteurs de risque des AcVC constitue l'un des objectifs de la stratégie nationale de santé pour mieux cibler les campagnes de prévention auprès des jeunes et de leurs parents^{4,5}. Prévenir la survenue d'accidents nécessite cependant de disposer d'informations sur les facteurs potentiellement associés à leur survenue, dans le cadre d'une approche complexe prenant en compte l'état de santé des enfants, leur habitat, leur environnement socio-économique, ainsi que les pratiques éducatives familiales. Selon la littérature, l'âge, le sexe masculin, la santé mentale des parents et la pauvreté sont des facteurs de risque indépendants des traumatismes dus à des chutes chez les enfants de 0 à 6 ans⁶. Cependant, les études menées en France jusqu'à présent manquent de données concernant l'environnement de l'enfant.

Objectifs

L'objectif de notre étude est de décrire, pour les enfants de 1 à 10 ans, les AcVC avec un recours aux soins hospitaliers (urgences seules ou avec hospitalisation) à partir des données d'une cohorte française d'enfants suivis depuis la naissance. Nous cherchons à analyser les facteurs de risque ou protecteurs associés à cinq strates de facteurs relevant de la commune, du logement, de la famille, du mode de vie des enfants et de leur santé.

Population et méthodes

L'étude Elfe est une cohorte de naissance en population générale lancée en 2011 dans 349 maternités en France hexagonale, sélectionnées aléatoirement parmi les 540 maternités françaises. Les naissances prématurées avant 33 semaines d'aménorrhée

en 2011 ont été exclues de l'étude Elfe⁷. Réalisé en quatre vagues réparties sur l'année, le recrutement des participants à l'étude ayant donné leur consentement en maternité a inclus 18 329 enfants.

Les AcVC et les facteurs étudiés déclarés par les parents (majoritairement les mères) sont recensés à partir des enquêtes téléphoniques de suivi aux 2 ans (n=12 243), 3 ans (n=11 011), 5 ans (n=10 408) et 10 ans (n=9 662) de l'enfant.

À chacun de ces âges, une suite de questions à modalités de réponses fermées a permis d'identifier les enfants accidentés ayant eu un recours aux urgences au moins une fois pour un motif d'accident ou ayant eu au moins une hospitalisation pour un motif d'accident grave ou sévère.

Variables utilisées pour l'analyse

Les facteurs analysés ont été sélectionnés par une revue de la littérature et en fonction des données disponibles dans la cohorte Elfe, ils sont présentés dans la figure.

Analyses statistiques

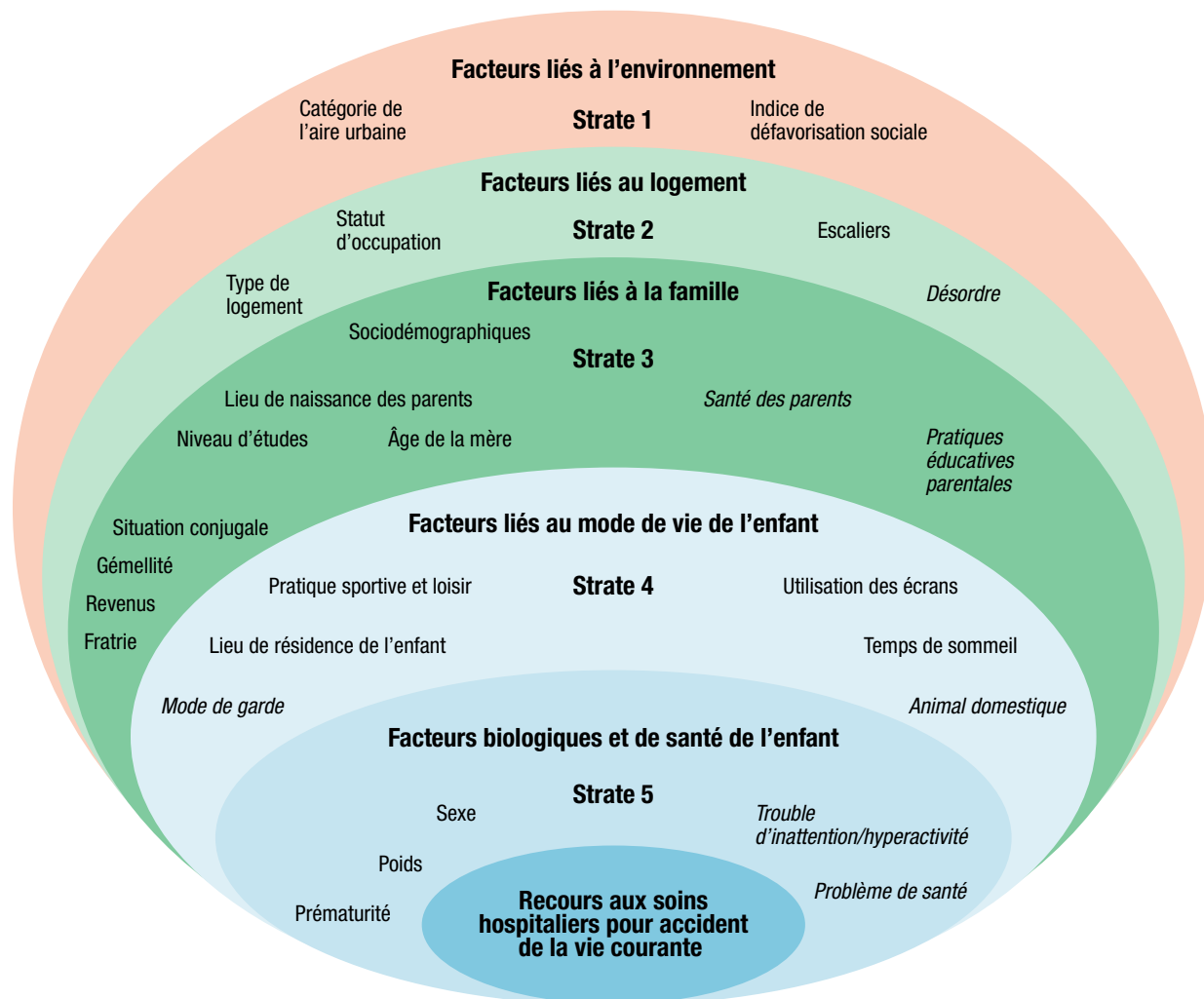
Dans un premier temps, les incidences annuelles moyennes des accidents ayant conduit à un recours hospitalier (consultation aux urgences avec ou sans hospitalisation) ont été estimées :

$$\frac{\text{nombre d'accidents pondérés}}{\text{nombre total des enfants pondérés} \times \text{nombre d'années}}$$

Les pondérations tiennent compte de la non-participation initiale et de l'attrition⁸. Les facteurs ont été analysés suivant une approche par étapes avec sélection progressive des variables selon leur strate. Des modèles de régression logistique multinomiale multivariés, avec pour référence l'absence de recours aux soins hospitaliers pour AcVC, ont été mis en œuvre. Un modèle par strate a été construit, en commençant par la strate 1 (les facteurs liés à l'environnement) jusqu'à la strate 5 (les facteurs biologiques et de santé de l'enfant) comme décrit dans la figure. Chaque modèle introduit les variables de sa strate et ajuste sur les variables significatives de la ou des strates supérieures. Lorsque la proportion de données manquantes d'une variable était supérieure à 5%, la catégorie « Manquant » a été mentionnée et analysée. Dans le cas contraire, les individus pour lesquels l'information était absente ont été exclus du ou des modèles correspondants.

Finalement, les variables dont l'association avec le risque d'accident était significative ($p < 0,05$) au niveau de chaque strate ont été intégrées dans un modèle logistique final et les associations mesurées après ajustement sur l'ensemble des variables retenues.

Facteurs pris en compte dans l'analyse des accidents de la vie courante avec recours aux soins hospitaliers selon les cinq strates descriptives du contexte de développement des enfants



Notes : En italique, ce sont les facteurs qui ont été étudiés à certains âges, car ils n'ont pas été recueillis aux âges antérieurs ou ultérieurs :

- problème de santé de l'enfant : « Est-il/elle limité(e) depuis au moins 6 mois dans les activités habituelles des enfants de son âge à cause d'un problème de santé (se déplacer seul, aller à l'école, se concentrer sur une activité, manger seul, voir, entendre...) ? » ;
- trouble d'inattention/hyperactivité : entre 2 et 10 ans. Le *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) permet de mesurer des difficultés socio-émotionnelles et comportementales de l'enfant. Il comprend cinq échelles de cinq questions chacune. Chaque question comprend trois réponses possibles. Seule l'échelle inattention/hyperactivité complétée par les parents est retenue dans les analyses présentées dans ce rapport. Un score par échelle est calculé permettant de classer les difficultés d'inattention/hyperactivité en trois catégories (« normal », « état limite » et « anormal ») ;
- mode de garde : entre 1 et 2 ans ;
- désordre au logement : entre 2 et 3 ans. Réponse à la question : « Chez moi c'est vraiment en désordre » [10] ;
- santé des parents : parent répondant. Entre 1 et 2 ans et entre 3 et 5 ans : détresse psychologique *Kessler Psychological Distress Scale* (K6) [11], ou problème de santé chronique du parent : question « Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique pour lequel vous consultez un médecin au moins une fois par an ? » [12]. Entre 2 et 3 ans : questions « Avez-vous pris un traitement pour une dépression ? » ou « pour des troubles de sommeil ? ». Entre 5 et 10 ans : le *Mini International Neuropsychiatric Interview French current DSM-IV* (MINI) a été choisi pour mesurer des symptômes d'épisodes dépressifs majeurs complété par la question : « Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique pour lequel vous consultez un médecin au moins une fois par an ? » ;
- pratiques éducatives parentales : entre 5 et 10 ans. Ce questionnaire est une traduction du *Alabama Parenting Questionnaire* (APQ) développé par Frick (1991) pour identifier les pratiques éducatives des parents à l'égard du jeune, notamment celles susceptibles d'entraîner des troubles du comportement chez lui. L'APQ est une échelle qui vise à mesurer cinq dimensions distinctes, à savoir : l'engagement parental, les comportements éducatifs positifs, la surveillance parentale, l'incohérence de la discipline et les punitions corporelles (dimension non utilisée dans l'étude) ;
- animal domestique : entre 2 et 10 ans.

Résultats

Incidence annuelle moyenne des recours aux soins pour les AcVC

Les incidences annuelles moyennes pondérées des AcVC avec recours aux urgences (avec et sans hospitalisation) sont respectivement de 14,1% entre 1 et 2 ans, 11,6% entre 2 et 3 ans, 7,8% entre 3 et 5 ans et 9,2% entre 5 et 10 ans.

Lésions associées aux AcVC ayant motivé un recours aux soins hospitaliers

La répartition par type de lésion est décrite dans le tableau 1. Entre 1 et 2 ans, la lésion la plus fréquente est le traumatisme crânien, quel que soit le mode de recours hospitalier. Entre 2 et 3 ans, les atteintes cutanées (plaies, coupures, écrasement) sont les causes les plus fréquentes de consultations aux urgences, et les traumatismes crâniens sont les causes les plus

Tableau 1

Répartition des types de lésion par âge entre 1 et 10 ans et par modalité de recours hospitaliers pour accident, étude Elfe, 2011-2022

Tranche d'âge	1 à 2 ans		2 à 3 ans		3 à 5 ans		5 à 10 ans	
n	12 243		11 011		10 408		9 662	
Type de recours hospitalier	Urgences seules	Hospitalisation	Urgences seules	Hospitalisation	Urgences seules	Hospitalisation	Urgences seules	Hospitalisation
Total	1 591	101	1 695	150	1 550	153	3 702	408
Type d'accident	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Traumatisme crânien	721 (45,3)	42 (41,6)	296 (17,5)	55 (36,7)	343 (22,1)	55 (35,9)	314 (8,5)	82 (20,1)
Plaie, coupure, écrasement	251 (15,8)	19 (18,8)	651 (38,4)	19 (12,7)	584 (37,7)	15 (9,8)	879 (23,7)	20 (4,9)
Fracture ou autre traumatisme*	437 (27,3)	12 (11,9)	579 (34,2)	40 (26,7)	507 (32,7)	68 (44,4)	2 415 (65,2)	268 (65,7)
Brûlure	74 (4,7)	12 (11,9)	28 (1,7)	4 (2,7)	20 (1,3)	5 (3,3)	12 (0,3)	3 (0,7)
Intoxication	42 (2,6)	11 (10,9)	44 (2,6)	13 (8,7)	15 (1,0)	3 (2,0)	9 (0,2)	2 (0,5)
Étouffement ou noyade	0 (0,0)	2 (2,0)	0 (0,0)	5 (3,3)		1 (0,7)		
Présence d'un corps étranger	68 (4,3)	1 (1,0)	97 (5,7)	6 (4,0)	80 (5,2)	4 (2,6)	73 (2,0)	
Non renseigné		2 (2,0)	0 (0,0)	8 (5,3)		2 (1,3)	0 (0,0)	33 (8,1)

Note : Les chiffres en gras correspondent aux deux types d'accidents les plus fréquents par tranche d'âge et par recours aux soins.

* Inclut les entorses, luxations, foulures et torsions.

fréquentes d'hospitalisation. Entre 3 et 5 ans, les atteintes cutanées restent en tête pour le recours aux urgences, mais les fractures ou autres traumatismes (entorses, luxations, etc.) deviennent la première cause d'hospitalisation pour accidents. Entre 5 et 10 ans, les fractures ou autres traumatismes sont les lésions les plus fréquentes pour les consultations aux urgences et les hospitalisations.

Facteurs associés aux AcVC ayant motivé un recours aux soins hospitaliers

Au niveau de la strate la plus distale, entre 1 et 2 ans, les communes rurales sont associées à un risque plus faible d'AcVC avec recours aux urgences seules (tableau 2). Entre 5 et 10 ans en revanche, c'est l'aire urbaine de Paris qui est associée à un moindre risque d'accidents avec hospitalisation. Dans cette tranche d'âge, un fort indice de défavorisation sociale de la commune de résidence est associé à un risque accru de ce type d'accidents.

Si l'on considère le logement de l'enfant, la présence d'escaliers est significativement associée aux AcVC avec recours aux urgences seules uniquement entre 3 et 5 ans, et un logement autre qu'une maison ou un appartement (caravane, hôtel...) est le facteur le plus fortement associé à ce type de recours aux soins pour AcVC entre 2 et 3 ans (tableaux 3 et 4).

Dans le cadre familial (tableaux 2 à 5), à partir de 2 ans, les problèmes de santé mentale ou physique du parent répondant sont systématiquement associés au risque d'AcVC avec recours aux urgences seules et avec hospitalisation. Entre 5 et 10 ans, on retrouve un moindre recours aux urgences pour accident lorsque les deux parents sont nés à l'étranger et, de façon plus modeste, lorsque la mère est plus âgée, entre 1 et 2 ans. Un score Alabama élevé d'engagement parental auprès de l'enfant protège contre le risque de recours hospitalier pour accident.

Les autres aspects testés : surveillance parentale (contrôle sur les horaires et les fréquentations), incohérence de la discipline et attitudes positives (encouragements, récompenses), ne présentent pas d'association significative.

Concernant le mode de vie de l'enfant (tableaux 2 à 5), la pratique régulière d'une activité sportive encadrée (en périscolaire, club, association) augmente le risque, à la fois pour les consultations aux urgences seules et les hospitalisations entre 5 et 10 ans. Les autres facteurs testés (temps de sommeil, d'écran, mode de garde chez les petits et présence d'un animal domestique) ne présentent pas d'association significative.

Enfin, s'agissant des caractéristiques propres à l'enfant (tableaux 2 à 5), on retrouve plus de recours aux urgences seules et plus d'hospitalisations pour des AcVC chez les garçons, quel que soit l'âge. Lorsque ce facteur a pu être testé, un trouble sévère de l'hyperactivité/de l'inattention a été associé aux deux types de recours aux soins hospitaliers pour AcVC entre 3 et 5 ans, et un trouble modéré ou sévère aux recours aux urgences seules entre 5 et 10 ans.

Discussion

Le travail réalisé sur une cohorte française d'enfants montre que l'incidence annuelle moyenne d'AcVC avec recours aux urgences observée dans la cohorte Elfe diminue avec l'âge des enfants (14,1% à 1-2 ans, contre 9,2% à 5-10 ans), conformément aux chiffres observés en France pour l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac)³, à partir des urgences hospitalières de certains hôpitaux, et en Europe¹³, en accord avec les différentes étapes du développement et des activités des enfants. L'étude met en évidence qu'il existe des liens entre les

Tableau 2

Associations entre les facteurs liés à l'enfant, à la famille, à l'habitat et à l'environnement et les accidents de la vie courante entre 1 et 2 ans dans des modèles socio-écologiques, étude Eife, 2017-2022

	Accidents de la vie courante n (%)		Modèle logistique ORa	
	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation
	n (%)	n (%)	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Strate 1 Facteurs liés à l'environnement				
Nombre d'habitants de l'aire urbaine				
Rurale	150 (9,4)	12 (0,8)	0,72 [0,58-0,89]	0,83 [0,40-1,74]
Moins de 200 000 habitants	315 (11,6)	27 (1,0)	0,93 [0,78-1,11]	1,17 [0,64-2,14]
200 000-500 000 habitants	302 (13,9)	19 (0,9)	1,14 [0,96-1,37]	1,07 [0,56-2,05]
500 000-1 000 000 habitants	385 (11,5)	23 (0,7)	0,95 [0,80-1,12]	0,84 [0,46-1,56]
Aire urbaine de Paris	276 (11,7)	19 (0,8)	Réf	Réf
Strate 3 Facteurs liés à la famille				
Revenu par unité de consommation				
Manquant	48 (7,4)	10 (1,5)	0,62 [0,45-0,85]	2,35 [1,12-4,91]
Inférieur à 1 423 euros	445 (12,2)	37 (1,0)	1,09 [0,95-1,26]	1,54 [0,92-2,59]
Entre 1 423 et 1 996 euros	492 (12,5)	27 (0,7)	1,11 [0,96-1,28]	1,03 [0,59-1,79]
Supérieur à 1 996 euros	451 (11,3)	26 (0,6)	Réf	Réf
Âge maternel				
Moins de 31 ans	637 (13,0)	43 (0,9)	1,35 [1,18-1,56]	1,28 [0,77-2,13]
Entre 31 et 35 ans	462 (11,7)	33 (0,8)	1,19 [1,02-1,38]	1,26 [0,74-2,14]
Plus de 35 ans	336 (9,9)	24 (0,7)	Réf	Réf
Strate 5 Facteurs biologiques et de santé de l'enfant				
Sexe de l'enfant				
Masculin	800 (12,9)	64 (1,0)	1,27 [1,14-1,42]	1,79 [1,19-2,70]
Féminin	635 (10,6)	36 (0,6)	Réf	Réf

Associations mesurées par l'odds ratio, régression multinomiale avec pour référence la catégorie des enfants sans recours aux soins pour accidents ; n=12 168 ; données manquantes n=75, soit 0,61%.

Note : Les facteurs étudiés à cet âge étaient : le sexe de l'enfant, la prématurité, le z-score IMC (indice de masse corporelle), l'état de santé de l'enfant selon les parents, les activités physiques pratiquées avec la mère, le temps moyen quotidien passé devant la télévision, la durée totale de sommeil, le mode de garde, le lieu de résidence de l'enfant, la jumeauté, la taille de la fratrie, l'âge maternel, le revenu par unité de consommation, le niveau d'étude maternel et paternel, l'origine des parents, la situation familiale maternelle, la détresse psychologique du parent répondant, le type de logement, le statut d'occupation, la présence d'escaliers dans le logement, l'indice de défavorisation sociale, le nombre d'habitants de l'aire urbaine. Ceux n'apparaissant pas dans le tableau n'étaient pas significatifs à la strate dans laquelle ils ont été introduits. À part les facteurs périnataux, les facteurs analysés correspondent à la situation de la famille et de l'enfant lorsque celui-ci a 2 ans.

ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

AcVC, avec et sans hospitalisation, et les différentes caractéristiques environnementales (l'aire urbaine, le type de logement, un faible indice de défavorisation sociale de la commune) et de santé de la famille (santé mentale parentale).

L'approche par strate, selon un modèle socio-écologique¹⁴, a été choisie pour prendre en compte les multiples corrélations entre les différents facteurs. Elle permet de reconnaître l'imbrication complexe entre tous les facteurs pouvant influencer la survenue d'accidents des enfants et de décrire leurs associations avec les accidents de façon hiérarchisée à différents niveaux possibles d'intervention.

Dans la littérature, de nombreux travaux décrivent une association entre la survenue d'accidents et l'environnement, les facteurs socio-économiques des familles^{6,15-18} ou les caractéristiques de leur logement⁶.

Lieu de vie

Dans nos résultats comme dans la littérature¹⁹, un indice élevé de défavorisation sociale de la commune est associé au risque d'accidents les plus graves, alors que vivre dans l'aire urbaine de Paris semble être un élément protecteur entre 5 et 10 ans. Une inégalité en termes de prévalence des accidents a été retrouvée en défaveur des territoires autres que Paris dans d'autres études²⁰. L'efficacité de l'aménagement de l'espace urbain pour les enfants (signalisation, restrictions de vitesse et zones de jeux sécurisées), mais aussi le type d'activités pratiquées par les enfants (peu de ski et d'escalade à Paris par exemple) peuvent contribuer à expliquer ces résultats. Nous observons également un moindre recours aux urgences pour les communes rurales chez les moins de 2 ans, ce qui peut s'expliquer par une limitation de l'accès aux soins hospitaliers liée à la distance à parcourir, surtout pour les accidents les moins sévères.

Tableau 3

Associations entre les facteurs liés à l'enfant, à la famille, à l'habitat et à l'environnement et les accidents de la vie courante entre 2 et 3 ans dans des modèles socio-écologiques, étude Eife, 2017-2022

	Accidents de la vie courant n (%)		Modèle logistique ORa [IC95%]	
	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation
	n (%)	n (%)	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Strate 1 Facteurs liés à l'environnement				
Nombre d'habitants de l'aire urbaine				
Rurale	199 (14,1)	20 (14,3)	1,15 [0,93-1,43]	1,03 [0,56-1,90]
Moins de 200 000 habitants	304 (21,6)	38 (27,1)	1,08 [0,89-1,30]	1,22 [0,72-2,06]
Entre 200 000 et 500 000 habitants	301 (21,4)	21 (15,0)	1,34 [1,11-1,62]	0,84 [0,47-1,52]
Entre 500 000 et 1 000 000 habitants	369 (26,2)	33 (23,6)	1,06 [0,88-1,26]	0,81 [0,48-1,36]
Aire urbaine de Paris	236 (16,8)	28 (20,0)	Réf	Réf
Strate 2 Facteurs liés au logement				
Type de logement				
Maison	980 (69,5)	98 (69,5)	Réf	Réf
Appartement	418 (29,7)	43 (30,5)	0,89 [0,78-1,02]	0,95 [0,64-1,41]
Autre (caravane, hôtel...)	12 (0,9)	0 (0,0)	2,52 [1,29-4,94]	
Chez moi c'est vraiment en désordre				
D'accord	140 (10,0)	18 (13,0)	0,93 [0,77-1,13]	1,39 [0,83-2,32]
Ni d'accord, ni désaccord	250 (17,8)	35 (25,2)	1,01 [0,87-1,18]	1,67 [1,12-2,49]
Pas d'accord	1 014 (72,2)	86 (61,9)	Réf	Réf
Strate 3 Facteurs liés à la famille				
Parent répondant avec traitement pour un trouble anxio-dépressif				
Oui	155 (11,0)	19 (13,6)	1,31 [1,09-1,57]	1,64 [1,00-2,68]
Non	1 255 (89,0)	121 (86,4)	Réf	Réf
Strate 5 Facteurs biologiques et de santé de l'enfant				
Sexe de l'enfant				
Masculin	802 (56,9)	87 (62,1)	1,31 [1,17-1,47]	1,58 [1,12-2,23]
Féminin	608 (43,1)	53 (37,9)	Réf	Réf

Associations mesurées par l'odds ratio, régression multinomiale avec pour référence la catégorie des enfants sans recours aux soins pour accidents ; n=11 901 ; données manquantes n=110, soit 1,00%.

Note : Les facteurs étudiés à cet âge étaient le sexe de l'enfant, la prématurité, le poids (indice de masse corporelle), l'hyperactivité/inattention, la pratique régulière d'une activité de loisir, la présence d'un animal domestique, le temps moyen quotidien devant les écrans, la durée totale de sommeil, le lieu de résidence de l'enfant, la jumeauté, la taille de la fratrie, l'âge maternel, le revenu par unité de consommation, le niveau d'étude maternel et paternel, l'origine des parents, la situation familiale maternelle, le traitement pour un trouble anxio-dépressif et/ou pour des troubles de sommeil, le type de logement, le statut d'occupation, la présence d'escaliers dans le logement, la perception de désordre au foyer, l'indice de défavorisation sociale, le nombre d'habitants de l'aire urbaine. Ceux n'apparaissant pas dans le tableau n'étaient pas significatifs à la strate dans laquelle ils ont été introduits. Les facteurs analysés correspondent à la situation de la famille et de l'enfant lorsque celui-ci a 3 ans.

ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; SDQ : *Strengths and Difficulties Questionnaire*.

Les logements les plus précaires sont associés à un recours aux urgences pour AcVC plus élevé. Ces logements peuvent être moins faciles à adapter et à équiper de matériel de puériculture assurant la sécurité des nourrissons⁶. Cependant, selon la cohorte britannique, après avoir pris en compte les différentes façons dont se construisent les inégalités sociales, elles-mêmes susceptibles d'agir comme médiateurs des AcVC, les chercheurs ont conclu qu'il est peu probable que les disparités chez les enfants puissent être rectifiées uniquement par des mesures et des politiques axées sur la sécurité de l'environnement et la surveillance des enfants¹⁷. Des politiques plus globales visant à améliorer les conditions socio-économiques, telles que l'augmentation des revenus des ménages, sont également indispensables^{17,21}.

Milieu familial

Un moindre recours aux soins pour les accidents les moins sévères s'observe aussi dans nos résultats lorsque les deux parents sont nés à l'étranger ou pour les mères les plus âgées, ce qui pourrait s'expliquer par des différences culturelles ou un accès inégal au recours aux soins²⁰, une différence dans la perception du risque, et/ou une plus grande capacité à prévenir ou gérer les accidents les moins graves.

Dans une revue systématique de la littérature, l'âge maternel a été aussi associé aux AcVC, sans spécifier si les accidents étaient graves ou non¹⁶. Selon nos résultats, le risque de recours aux urgences pour des AcVC moins sévères entre 1 à 2 ans peut diminuer de 34,6% chez les mères plus âgées, par

Tableau 4

Associations entre les facteurs liés à l'enfant, à la famille, à l'habitat et à l'environnement et les accidents de la vie courante entre 3 et 5 ans dans des modèles socio-écologiques, étude Eife, 2017-2022

	Accidents de la vie courante n (%)		Modèle logistique ORa [IC95%]	
	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation
	n (%)	n (%)	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Strate 2 Facteurs liés au logement				
Présence d'escaliers				
Non renseigné	270 (20,6)	26 (18,2)	1,13 [0,94-1,35]	0,82 [0,50-1,35]
Oui	746 (56,8)	77 (53,9)	1,25 [1,08-1,45]	0,96 [0,65-1,42]
Non	297 (22,6)	40 (28,0)	Réf	Réf
Strate 3 Facteurs liés à la famille				
Problème de santé chronique du parent répondant				
Oui	330 (25,1)	31 (21,7)	1,24 [1,08-1,43]	1,01 [0,67-1,51]
Non	983 (74,9)	112 (78,3)	Réf	Réf
Strate 5 Facteurs biologiques et de santé de l'enfant				
Sexe de l'enfant				
Masculin	785 (59,8)	80 (55,9)	1,51 [1,34-1,70]	1,22 [0,87-1,71]
Féminin	528 (40,2)	63 (44,1)	Réf	Réf
Hyperactivité/inattention (SDQ)				
Normale	1 036 (78,9)	112 (78,3)	Réf	Réf
Modérée	96 (7,3)	8 (5,6)	1,08 [0,86-1,35]	0,86 [0,42-1,77]
Sévère	181 (13,8)	23 (16,1)	1,23 [1,03-1,47]	1,59 [1,00-2,51]

Associations mesurées par l'odds ratio, régression multinomiale avec pour référence la catégorie des enfants sans recours aux soins pour accidents ; n=10 401 ; données manquantes n=13, soit 0,09%.

Note : Les facteurs étudiés à cet âge étaient le sexe de l'enfant, la prématurité, le poids (indice de masse corporelle), le problème de santé limitant l'activité de l'enfant, l'hyperactivité/inattention, la pratique régulière d'une activité de loisir, le temps moyen quotidien à jouer dehors, la présence d'un animal domestique, le temps moyen quotidien devant les écrans, la durée totale de sommeil, le lieu de résidence de l'enfant, la gemellité, la taille de la fratrie, l'âge maternel, le revenu par unité de consommation, les niveaux d'étude maternel et paternel, l'origine des parents, la situation familiale maternelle, la détresse psychologique du parent répondant, le problème de santé chronique du parent, le type de logement, le statut d'occupation, la présence d'escaliers, l'indice de défavorisation sociale, le nombre d'habitants de l'aire urbaine. Ceux n'apparaissant pas dans le tableau n'étaient pas significatifs à la strate dans laquelle ils ont été introduits. Les facteurs analysés correspondent à la situation de la famille et de l'enfant lorsque celui-ci a 5,5 ans.

ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; SDQ : *Strengths and Difficulties Questionnaire*.

rapport à celles étant plus jeunes, et de 26,5% pour les enfants de 5 à 10 ans. Cette tendance pourrait être associée à une expérience moindre et une insuffisance de sensibilisation des mères plus jeunes concernant les dangers de blessures auxquels les enfants font face en grandissant et en devenant plus actifs¹⁶.

Une autre caractéristique parentale apparaît dans notre étude en lien avec les AcVC : la santé physique (maladies chroniques) ou mentale des parents répondants est associée à un risque augmenté des recours aux soins, sans et avec hospitalisation. Cela rejoint d'autres travaux menés sur des données britanniques ou suédoises^{22,23}. Bien que les mécanismes ne soient pas clairs, il semble que le risque de blessures chez l'enfant puisse être diminué en favorisant l'accès rapide à des traitements pour la dépression et/ou pour l'anxiété maternelle²⁴, ou plus généralement avec des offres de soutien à la parentalité¹⁷. Chez l'ensemble des parents, pour les enfants âgés de 10 ans pour lesquels nous avons pu tester les associations avec les modes éducatifs parentaux, nous retrouvons un effet protecteur du score élevé

d'engagement parental qui est caractérisé par des discussions plus fréquentes avec l'enfant, l'aide à la planification et l'accompagnement de l'enfant dans ses activités²¹.

Mode de vie des enfants

Notre étude indique une association entre l'activité sportive encadrée et les AcVC, que cela soit en milieu scolaire ou en club, comme l'ont déjà montré plusieurs travaux menés à partir de cohortes d'enfants^{18,25}. La pratique des sports aide à prévenir la sédentarité et le surpoids, donc ceci renforce l'importance des politiques de prévention des blessures pendant la pratique auprès des jeunes et de la sécurité des structures sportives⁴.

Si dans la littérature, les problèmes de sommeil, liés ou non à l'usage des écrans, sont décrits comme étant associés aux accidents⁶, nous n'avons pas trouvé de lien entre l'utilisation des écrans et des AcVC, une fois prise en compte la pratique d'activités physiques. Il est possible que le lien, notamment avec le sommeil, apparaisse plus tardivement au cours de l'adolescence²⁶.

Tableau 5

Associations entre les facteurs liés à l'enfant, à la famille, à l'habitat et à l'environnement et les accidents de la vie courante entre 5 et 10 ans dans des modèles socio-écologiques, étude Elfe, 2017-2022

	Accidents de la vie courante n (%)		Modèle logistique ORa [IC95%]	
	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation
	n (%)	n (%)	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Strate 1 Facteurs liés à l'environnement				
Indice de défavorisation sociale				
1 (moins défavorisé)	606 (26,2)	62 (19,3)	Réf	Réf
2	537 (23,2)	62 (19,3)	0,98 [0,85-1,13]	0,97 [0,67-1,41]
3	432 (18,7)	61 (18,9)	0,96 [0,82-1,12]	1,17 [0,79-1,72]
4	405 (17,5)	76 (23,6)	1,02 [0,86-1,20]	1,60 [1,09-2,37]
5 (plus défavorisé)	270 (11,7)	49 (15,2)	1,00 [0,83-1,20]	1,46 [0,94-2,26]
Nombre d'habitants de l'aire urbaine				
Rurale	109 (4,7)	23 (7,1)	0,79 [0,61-1,02]	1,58 [0,87-2,85]
Moins de 200 000 habitants	540 (23,3)	88 (27,3)	0,84 [0,71-1,00]	1,31 [0,83-2,05]
Entre 200 000 et 700 000 habitants	592 (25,6)	84 (26,1)	0,97 [0,83-1,14]	1,50 [0,97-2,31]
Plus de 700 000 habitants (hors Paris)	608 (26,3)	82 (25,5)	0,98 [0,85-1,14]	1,55 [1,03-2,34]
Aire urbaine de Paris	418 (18,1)	36 (11,2)	Réf	Réf
Strate 2 Facteurs liés au logement				
Statut d'occupation				
Propriétaire	1 847 (79,8)	250 (77,6)	Réf	Réf
Locataire	411 (17,8)	53 (16,5)	0,99 [0,87-1,13]	0,95 [0,69-1,32]
Autre	57 (2,5)	19 (5,9)	1,32 [0,95-1,83]	3,00 [1,76-5,10]
Strate 3 Facteurs liés à la famille				
Âge maternel				
Moins de 40 ans	965 (41,7)	127 (39,4)	1,17 [1,02-1,34]	0,87 [0,64-1,98]
Entre 40 et 45 ans	931 (40,2)	123 (38,2)	1,19 [1,04-1,36]	0,95 [0,70-1,29]
Plus de 45 ans	417 (18,1)	69 (21,4)	Réf	Réf
Origine des parents				
Deux parents nés en France	2 004 (86,6)	283 (87,9)	Réf	Réf
Deux parents nés à l'étranger	56 (2,4)	10 (3,1)	0,55 [0,40-0,75]	0,82 [0,42-1,61]
Un parent né en France	255 (11,0)	29 (9,0)	1,04 [0,89-1,22]	0,92 [0,62-1,37]
Symptômes d'épisode dépressif (Mini) du parent répondant				
Non	1 414 (61,1)	171 (53,1)	Réf	Réf
Oui	901 (38,9)	151 (46,9)	1,29 [1,13-1,47]	1,34 [1,00-1,81]
Problème chronique de santé d'un parent				
Non	428 (18,5)	63 (19,6)	Réf	Réf
Oui	1 887 (81,5)	259 (80,4)	1,06 [0,96-1,17]	1,46 [1,16-1,85]
Score Alabama				
Engagement parental	101 (4,4)	16 (5,0)	0,73 [0,58-0,91]	0,91 [0,54-1,53]
Non	2 214 (95,6)	306 (95,0)	Réf	Réf
Discipline inconstante	5 (0,2)	3 (0,9)	1,58 [0,53-4,72]	5,37 [1,40-20,64]
Non	2 310 (99,8)	319 (99,1)	Réf	Réf
Strate 4 Facteurs liés au mode de vie de l'enfant				
Pratique régulière de sport encadré				
Oui	1 968 (85,0)	278 (86,3)	1,28 [1,12-1,46]	1,65 [1,16-2,33]
Non	347 (15,0)	44 (13,7)	Réf	Réf



Tableau 5 (suite)

	Accidents de la vie courante n (%)		Modèle logistique ORa [IC95%]	
	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation
	n (%)	n (%)	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Strate 5 Facteurs biologiques et de santé de l'enfant				
Sexe de l'enfant				
Masculin	1 279 (55,2)	193 (59,9)	1,19 [1,08-1,31]	1,42 [1,12-1,80]
Féminin	1 036 (44,8)	129 (40,1)	Réf	Réf
Hyperactivité/inattention (SDQ)				
Normale	1 712 (74,0)	243 (75,5)	Réf	Réf
Modérée	199 (8,5)	24 (7,5)	1,32 [1,11-1,58]	1,09 [0,71-1,69]
Sévère	404 (17,5)	55 (17,0)	1,48 [1,29-1,69]	1,23 [0,89-1,70]

Associations mesurées par l'odds ratio, régression multinomiale avec pour référence la catégorie des enfants sans recours aux soins pour accidents ; n=9 331 ; données manquantes n=331 (soit 3,42%).

Note : Les facteurs étudiés à cet âge étaient : le sexe de l'enfant, la prématurité modérée, le poids (indice de masse corporelle), le problème de santé limitant l'activité de l'enfant, l'hyperactivité/inattention, la pratique régulière de sport encadré et d'une activité de loisir, la présence d'un animal domestique, le temps moyen quotidien devant les écrans, la durée totale de sommeil, le lieu de résidence de l'enfant, la gémellité, la taille de la fratrie, l'âge maternel, le revenu par unité de consommation, le niveau d'étude maternel et paternel, l'origine des parents, la situation familiale maternelle, le problème de santé chronique d'un parent, les épisodes dépressifs majeurs, le score Alabama (engagement parental, comportements éducatifs positifs, discipline inconstante, manque de surveillance parentale), le type de logement, le statut d'occupation, la présence d'escaliers, l'indice de défavorisation sociale, le nombre d'habitants de l'aire urbaine. Ceux n'apparaissant pas dans le tableau n'étaient pas significatifs à la strate dans laquelle ils ont été introduits. Les facteurs analysés correspondent à la situation de la famille et de l'enfant lorsque celui-ci a 10 ans.

ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; SDQ : *Strengths and Difficulties Questionnaire* ; Mini : *Mini International Neuropsychiatric Interview French current DSM-IV* ; Alabama : *Alabama Parenting Score*.

En ce qui concerne les caractéristiques de santé de l'enfant, dans notre étude, le sexe masculin est associé aux AcVC, quel que soit l'âge, ce qui rejoint les résultats d'autres études^{6,27}. Cet excès de risques est en général attribué à un niveau plus élevé d'activités et à un modèle de comportement différent chez les garçons et les filles²⁸. Cette différence est déjà observée chez les enfants ayant entre 1 et 2 ans dans notre étude, avec une force d'association comparable à celle retrouvée aux âges plus élevés. Ce surrisque pourrait aussi être lié à une perception et une surveillance parentale différentes selon le sexe²⁹. Globalement, dans notre étude, le score de surveillance parentale, qui caractérise le fait de savoir où et avec qui est l'enfant, n'est pas associé au risque d'accidents, contrairement au score d'engagement parental caractérisé, lui, par le fait d'accompagner l'enfant dans ses activités, et à la dimension de discipline inconstante qui peut jouer un rôle dans la surveillance des enfants²¹.

Dans notre travail, les troubles sévères de l'attention/hyperactivité sont associés à un risque accru d'AcVC à tous les âges auxquels ils ont été étudiés (à partir de 3 ans), ce qui rejoint d'autres constats à l'international^{6,30}. Un certain nombre d'études mentionnent que ce risque peut être diminué dès lors qu'un diagnostic et un traitement corrects sont mis en place³¹.

L'investigation menée à partir de la cohorte Elfe a plusieurs forces, car elle repose sur un grand échantillon d'enfants vivant en France hexagonale, pour lesquels des informations à la fois sur les caractéristiques des AcVC des enfants, sur leur santé, sur leur environnement socio-économique et familial, ainsi

que sur leurs conditions de logement sont disponibles. Cette investigation reste donc pertinente.

Une des limites de l'étude est le caractère déclaratif par les parents des accidents, ainsi que de leur sévérité. Nous présumons qu'une part importante des enfants victimes d'AcVC ne recourent pas aux soins hospitaliers : ils sont pris en charge directement par leurs proches (automédication) ou par d'autres professionnels de santé à l'extérieur de l'hôpital (généralistes, pédiatres, autres professionnels de santé). Il est néanmoins admis que les consultations aux urgences et les hospitalisations sont des événements marquants dans la vie des familles, et que notre interrogation des parents répétée dans le temps limite les biais de mémorisation. Un recours aux soins hospitaliers reflète conjointement plusieurs caractéristiques : la gravité de la blessure, le comportement de l'adulte responsable, la possibilité d'avoir un recours aux soins à proximité, etc. Par exemple, il est difficile de conclure si les enfants de parents plus jeunes sont plus souvent blessés ou si leurs parents ont des difficultés pour les soigner eux-mêmes ou pour évaluer la nécessité d'une consultation médicale. Cependant, le fait de travailler sur les AcVC nécessitant un recours à l'hôpital permet de repérer les cas les plus graves qui doivent être ciblés en priorité par des mesures de prévention. La cohérence avec les autres données françaises renforce la validité de ces données déclaratives. Une deuxième limite réside dans le manque d'informations sur les circonstances exactes des accidents, dont certains sont susceptibles de relever de négligence grave ou de maltraitance. De plus, pour maximiser notre effectif d'analyse, les informations sur la santé des parents est limitée à celle du parent répondant

(qui est principalement la mère), en raison du nombre de valeurs manquantes pour le second parent.

Une autre limite est la sous-représentation dans la population de la cohorte Elfe des familles de contexte socio-économique très défavorisé, ce qui diminue la variabilité des conditions socio-économiques⁷. Les plus fragilisés socialement sont peu représentés dans Elfe ou perdus de vue. Les familles qui ont accepté et continuent de participer, sont celles qui, d'emblée, manifestent un intérêt pour la santé de leur enfant. Par exemple, parmi les facteurs sociodémographiques, les revenus, le niveau d'études parental, la situation conjugale, la fratrie n'ont pas été associés aux accidents dans notre étude, alors qu'ils ont pu l'être dans d'autres études à l'étranger^{6,18}. Il est donc possible que ces associations ne soient expliquées que par les situations très défavorisées peu représentées dans notre échantillon. Néanmoins, le jeune âge maternel et les problèmes de santé mentale ou physique des parents sont les facteurs que nous retrouvons régulièrement associés au risque d'accidents ou d'accidents grave à partir de 1 an dans la strate famille. Or, ces facteurs sont des médiateurs importants de la relation entre niveau socio-économique et risque d'accidents.

Conclusion

En conclusion, l'étude Elfe permet d'évaluer l'incidence du recours aux urgences pour les AcVC entre 1 et 10 ans, ainsi que l'hétérogénéité des différents types d'accident en fonction de l'âge. Plusieurs facteurs associés à une augmentation des recours hospitaliers pour les AcVC ont pu être identifiés : les problèmes de santé des parents, les modes éducatifs parentaux, aux côtés de facteurs propres à l'enfant et de facteurs plus structurels, liés à son lieu de vie. Cette analyse met en évidence la complexité de ce sujet de santé publique et demande d'approfondir la recherche, tout en proposant des solutions élaborées collectivement par les différents acteurs et institutions susceptibles d'intervenir pour réduire la fréquence et la gravité de ces accidents qui surviennent dans des contextes très différents (cadre domestique, école, activité sportive, activité de loisirs). ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts au regard du contenu de l'article.

Financement

L'enquête Elfe est une réalisation conjointe de l'Institut national d'études démographiques (Ined) et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), en partenariat avec l'Établissement français du sang (EFS), Santé publique France, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), la Direction générale de la santé (DGS, ministère de la Santé, de la Famille, et de l'Autonomie des personnes handicapées), la Direction générale de la prévention des risques (DGPR, ministère de l'Environnement), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees, ministère de la Santé, de la Famille, et de l'Autonomie des personnes handicapées), le Département des études, de la prospective et des statistiques (DEPS, ministère de la Culture), la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf),

et avec le soutien du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation et de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep). Dans le cadre de la plateforme Reconai[®], elle bénéficie d'une aide de l'État, gérée par l'Agence nationale de la recherche, au titre du programme Investissements d'avenir portant les références ANR-11-EQPX-0038 et ANR-19-COHO-0001.

Références

- [1] Paget LM, Thélot B, Pédrone G. Home and leisure injuries in mainland France based on the health care and insurance survey, 2012. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2018;(66) Suppl5:S338-9.
- [2] Ung A, Chatignoux E, Beltzer N. Analyse de la mortalité par accident de la vie courante en France, 2012-2016. *Bull Epidemiol Hebd*. 2021;(16):290-301. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/16/2021_16_2.html
- [3] Santé publique France. Les accidents de la vie courante chez les moins de 15 ans en France métropolitaine. Analyse des données de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) sur la période 2014-2018. Saint-Maurice: Santé publique France; 2021. 30 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enquetes-etudes/les-accidents-de-la-vie-courante-chez-les-moins-de-15-ans-en-france-metropolitaine-analyse-des>
- [4] Direction générale de la santé. Priority on prevention. Staying healthy for life. Paris: Direction générale de la santé; 2018. 6 p. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/>
- [5] DeGeorge KC, Neltner CE, Neltner BT. Prevention of unintentional childhood injury. *Am Fam Physician*. 2020;102(7):411-7.
- [6] Gallagher L, Breslin G, Leavey G, Curran E, Rosato M. Determinants of unintentional injuries in preschool age children in high-income countries: A systematic review. *Child Care Health Dev*. 2024;50(1):e13161.
- [7] Charles MA, Thierry X, Lanoe JL, Bois C, Dufourg MN, Popa R, et al. Cohort profile: The French national cohort of children (ELFE): Birth to 5 years. *Int J Epidemiol*. 2020;49(2):368-9j.
- [8] Siméon T. Enquête « Elfe » : pondérations des enquêtes nationales. 2019. 19 p. https://pandora-elfe.inserm.fr/doc/Pond%C3%A9rations_enqu%C3%AAtes_nationales.pdf
- [9] Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(5):581-6.
- [10] Matheny A.P, Wachs T.D, Ludwig J.L, Phillips K. Bringing order out of chaos: Psychometric characteristics of the confusion, hubbub, and order scale. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 1995;(16):429-44.
- [11] Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(2):184-9.
- [12] Cox B, van Oyen H, Cambois E, Jagger C, le Roy S, Robine JM, et al. The reliability of the Minimum European Health module. *Int J Public Health*. 2009;54(2):55-60.
- [13] European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (EAFIPAS), Bejko D, Pastore J. Injuries in the European Union: Summary of injury statistics for the years 2012-2014. Amsterdam: EuroSafe; 2016. 49 p. <http://www.eurosafe.eu.com/key-actions/injury-data/reports>
- [14] McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q*. 1988;15(4):351-77.
- [15] Henery PM, Dundas R, Katikreddi SV, Leyland A, Wood R, Pearce A. Social inequalities and hospital admission for unintentional injury in young children in Scotland: A nationwide linked cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;6:100117.

- [16] Ghebream L, Kool B, Lee A, Morton S. Risk factors of unintentional injury among children in New Zealand: A systematic review. *Aust N Z J Public Health*. 2021;45(4):403-10.
- [17] Scherrer IR, Alves CR. Association of maternal depression, family composition and poverty with maternal care and physical health of children in the first year of life. *J Hum Growth Dev*. 2021;31(1):18-27. <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/view/10859>
- [18] Andersen IK, Lauritsen J. Social inequalities in unintentional childhood injury incidence suggest subgroup identification and differentiation in the municipal planning of preventive efforts. *Scand J Public Health*. 2020;48(2):200-6.
- [19] Rey G, Jouglu E, Fouillet A, Hémon D. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997-2001: Variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. *BMC Public Health*. 2009;(9):33.
- [20] Bagein G, Costemalle V, Deroyon T, Hazo JB, Naouri D, Pesonel E, *et al*. L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales. *Les dossiers de la Dress*. 2022;(102):1-66. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/letat-de-sante-de-la-population-en>
- [21] Campbell M, Lai ET, Pearce A, Orton E, Kendrick D, Wickham S, *et al*. Understanding pathways to social inequalities in childhood unintentional injuries: Findings from the UK millennium cohort study. *BMC Pediatr*. 2019;19(1):150.
- [22] Baker R, Kendrick D, Tata LJ, Orton E. Association between maternal depression and anxiety episodes and rates of childhood injuries: A cohort study from England. *Inj Prev*. 2017;23(6):396-402.
- [23] Nevriana A, Pierce M, Dalman C, Wicks S, Hasselberg M, Hope H, *et al*. Association between maternal and paternal mental illness and risk of injuries in children and adolescents: Nationwide register based cohort study in Sweden. *BMJ*. 2020;369:m853.
- [24] Mulvaney C, Kendrick D. Do maternal depressive symptoms, stress and a lack of social support influence whether mothers living in deprived circumstances adopt safety practices for the prevention of childhood injury? *Child Care Health Dev*. 2006;32(3):311-9.
- [25] Gong H, Lu G, Ma J, Zheng J, Hu F, Liu J, *et al*. Causes and characteristics of children unintentional injuries in emergency department and its implications for prevention. *Front Public Health*. 2021;9:669125.
- [26] Zhang R, Zhu H, Xiao Q, Wu Q, Jin Y, Liu T, *et al*. Association between excessive screen time and falls, with additional risk from insufficient sleep duration in children and adolescents, a large cross-sectional study in China. *Front Public Health*. 2024;12:1452133.
- [27] Ribeiro MG, Paula AB, Bezerra MA, Rocha SS, Avelino FV, Gouveia MT. Social determinants of health associated with childhood accidents at home: An integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(1):265-76.
- [28] Morrongiello BA, Corbett M, Stewart J. Understanding sex differences in children's injury risk as pedestrians. *J Pediatr Psychol*. 2020;45(10):1144-52.
- [29] Morrongiello BA, McArthur BA, Spence JR. Understanding gender differences in childhood injuries: Examining longitudinal relations between parental reactions and boys' versus girls' injury-risk behaviors. *Health Psychol*. 2016;35(6):523-30.
- [30] Culasso M, Porta D, Brescianini S, Gagliardi L, Michelozzi P, Pizzi C, *et al*. Unintentional injuries and potential determinants of falls in young children: Results from the Piccolipiù Italian birth cohort. *PLoS One*. 2022;17(10):e0275521.
- [31] Dalsgaard S, Leckman JF, Mortensen PB, Nielsen HS, Simonsen M. Effect of drugs on the risk of injuries in children with attention deficit hyperactivity disorder: A prospective cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(8):702-9.

Citer cet article

Címbaro Canella HR, Milcent K, Dufourg M-N, Arneton M, Gassama M, Paget L-M, *et al*. Accidents de la vie courante motivant un recours aux soins hospitaliers chez les enfants âgés de 1 à 10 ans : étude des facteurs associés au sein de la cohorte Elfe. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(16):354-64. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/16/2026_16_1.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

