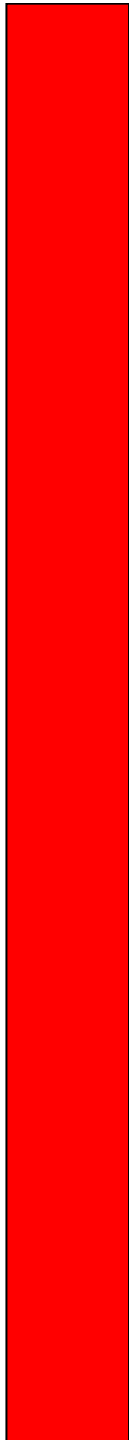
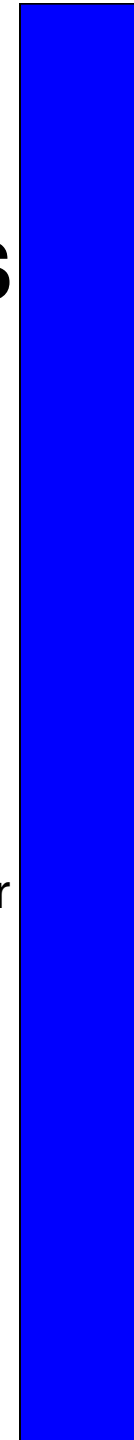


MACRO E MICROESTRUTURA DE ARTIGOS EM FRANCÊS, PUBLICADOS NA REVISTA *ARCHIVES DE PÉDIATRIE*

Gustavo de Azambuja Feix – gusfeix@yahoo.com.br
(Aluno de Bacharelado – Tradução/Francês – UFRGS)

Orientação: Profa. Dra. Maria José B. Finatto – mfinatto@terra.com.br
(Instituto de Letras / UFRGS)

Fev. 2009



OBJETIVO

O intuito dessa pequena apresentação é demonstrar semelhanças e diferenças entre as macro e microestruturas* dos artigos de Pediatria em francês (publicados na revista *Archives de Pédiatrie*) e português (publicados na *Jornal de Pediatrie*).

* Para um melhor entendimento da macro e microestrutura e dos tipos de artigos de Pediatria, [clique aqui](#).

MACROESTRUTURA DO ARTIGO EM FRANCÊS

São bastantes semelhantes as macroestruturas dos artigos das revistas *Archives de Pédiatrie* e *Jornal de Pediatria*. Ambas apresentam:

- **Título**
- **Autores**
- **Resumo e abstract**
- **Materiais e métodos**
 - **Resultados**
 - **Discussão**
 - **Conclusão**
- **Referências**

MACROESTRUTURA DO ARTIGO EM FRANCÊS

Do mesmo modo como em português, normalmente os artigos em francês são assinados por vários autores. Além disso há uma indicação do tipo de artigo.



Disponível en ligne sur www.sciencedirect.com



Archives de pédiatrie 13 (2006) 1287-1293

<http://france.elsevier.com/direct/ARCPEDI>

tipo de artigo

Mémoire original

Couverture vaccinale vis-à-vis de la grippe chez les enfants de la région parisienne atteints d'une affection de longue durée ☆

Influenza vaccination coverage rate in children with underlying chronic disorders in 7 French paediatric wards

C. Weil-Olivier^{a,*}, F. Angoulvan^b, B. Chevallier^c, M. De Montalembert^d, J. Gaudelus^e, B. Quinet^f,
P. Labrune^g, A. Duclos^h, B. Dunaisⁱ, M. Maitre^h

autores

^aService de pédiatrie, Hôpital Louis-Mourier, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 178, rue des Renouillers, 92701 Colombes cedex 01, France

^bService de pédiatrie, Hôpital Robert-Debré, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris, France

^cService de pédiatrie, Hôpital Armand-Trousseau, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Boulogne-Billancourt, France

^dService de pédiatrie, Hôpital Necker-Enfants-Malades, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris, France

^eService de pédiatrie, Hôpital Jean-Verdier, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France

^fService de pédiatrie, Hôpital Armand-Trousseau, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris, France

^gService de pédiatrie, Hôpital Antoine-Bécclère, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France

^hSanofi Pasteur MSD, Lyon, France

ⁱHôpital L'Arche, Nice, France

Reçu le 30 janvier 2006 ; accepté le 4 juillet 2006

Disponible sur internet le 21 août 2006

Outra
semelhança é a
quantidade de
tabelas, quadros
e figuras. Esses
recursos também
permeiam os
textos em
francês

Tableau 6

Nombre de vaccinations contre la grippe entre 1999 et 2003 (en fants de plus de 6 ans en septembre 2003)

Nombre de vaccinations	Effectif	Pourcentage
Aucune	62	44,3
1*	22	15,7
2	19	13,6
3	10	7,1
4	14	10,0
5	13	9,3
Total	140	100,0

* Population d'analyse : n = 134 enfants non vaccinés ; motif de non vaccination non renseigné pour 20 sujets.

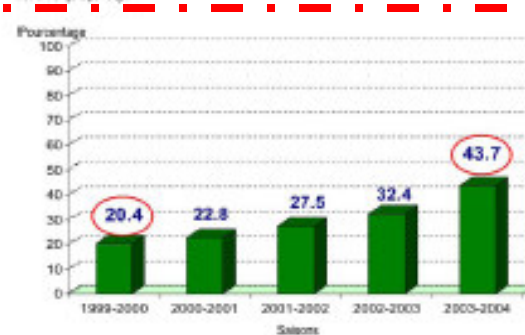


Fig. 1. Évolution du taux de couverture vaccinale contre la grippe de 1999 (saison 1999–2000) à 2004 (saison 2003–2004).

Tableau 7

Motif de non vaccination (parents)

Motif	Effectif	Pourcentage
Maladie bénigne	1	0,9
Vaccin inutile/inefficace	7	6,1
Vaccin considéré comme dangereux	6	5,3
Contre-indication allergie au vaccin	0	0,0
Crainte de la piqûre	3	2,6
Manque de temps, oubli de mise à jour	7	6,1
Manque d'information sur la vaccination	13	11,4
Absence de motif	77	67,5
Total	114*	100,0

* Population d'analyse : n = 134 enfants non vaccinés ; motif de non vaccination non renseigné pour 20 sujets.

Tableau 8

Motif de non vaccination (médecins)

Motif	Effectif	Pourcentage
Vaccin inutile/inefficace	8	8,2
Manque de temps, oubli de mise à jour	18	18,4
Manque d'information sur la vaccination	2	2,0
Absence de motif	70	71,4
Total	98*	100,0

* Population d'analyse : n = 134 enfants non vaccinés ; motif de non vaccination non renseigné pour 36 sujets.

enfants vaccinés contre la grippe en 2003 (17,7 %). Des variations importantes ont été observées en fonction des ALD, avec un taux de réception de 7,0 % pour les enfants atteints d'hémoglobiopathie et de 64,7 % pour les enfants diabétiques (Tableau 3).

Le taux de couverture vaccinale contre le pneumocoque, calculé sur une population de 235 enfants, était de $76,2 \pm 5,2$ % (IC95 % 70,8–81,6), variant de 30,8 % chez les enfants souffrant de maladie respiratoire chronique à 100 % chez les dépancytaires (Tableau 3). Les enfants de moins de 2 ans étaient mieux vaccinés, avec un taux de couverture vaccinale contre le pneumocoque de 83,3, contre 75,8 % chez les enfants de plus de 2 ans.

3. Discussion

Il n'existe pas à ce jour de données publiées, françaises ou européennes, concernant le taux de couverture vaccinale contre la grippe des enfants atteints d'ALD. Cette étude a permis de fournir un instantané de la couverture vaccinale d'enfants de la région parisienne atteints d'ALD. Pour la saison 2003–2004, le taux de couverture vaccinale observé s'élevait à 43,7 %. Il reste nettement inférieur à l'objectif national de 75 %, bien qu'il soit en progression constante sur les 5 années précédentes.

Ces résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la France. La répartition des différentes ALD dans la population étudiée est peu représentative des taux retrouvés dans la population générale [11] : les hémoglobinopathies, en particulier les dépancytoses, sont très largement sur-représentées (Tableau 2) et c'est dans ce groupe que l'on retrouve la meilleure couverture vaccinale.

Le taux de couverture n'a été ici que de 12,8 % chez les enfants atteints d'affections respiratoires chroniques, les plus fréquentes des ALD dans la population générale infantile (Tableau 2), et de 9,1 % (3/33) chez les enfants asthmatiques. Ces résultats sont comparables à ceux d'études réalisées chez des enfants asthmatiques aux États-Unis avant la recommandation de la vaccination généralisée des enfants [12–14]. En revanche, une autre étude réalisée aux États-Unis a montré que 181/228 enfants (79,4 %) atteints de mucoviscidose avaient été vaccinés pour la saison 1997–1998 [15]. Il n'est pas possible, dans notre étude, d'évaluer le taux de couverture vaccinale des enfants atteints de mucoviscidose. La gravité de la grippe dans cette population fragilisée a été pourtant largement documentée [16,17]. Les enfants atteints d'ALD représentent une population doublement vulnérable, du fait de leur maladie, et du fait qu'ils sont naïfs immunitairement vis-à-vis du virus grippal. La grippe est, avec les infections à virus respiratoire syncytial, l'une des premières causes d'hospitalisation pour infection respiratoire chez les enfants d'âge scolaire [18].

Le taux de couverture vaccinale contre le pneumocoque a été très supérieur à celui de la grippe, avec 76,2 % des enfants vaccinés dans cette étude. Si les professionnels de santé ont un réflexe vaccinal vis-à-vis du pneumocoque, ils doivent pouvoir le développer vis-à-vis de la grippe. Néanmoins, alors que le vaccin pneumococcique s'administre comme les autres vaccins pédiatriques en primovaccination et rappels, le vaccin grippal doit être administré chaque année, et la vaccination doit s'effectuer de fin septembre à décembre, ce qui peut constituer un obstacle à une couverture vaccinale satisfaisante. Le suivi régulier de ces enfants atteints d'ALD, tout particulièrement durant

Apesar das semelhanças aqui apontadas, existem algumas especificidades:

- 1) Os artigos da revista Archives de Pédiatrie não apresentam uma seção específica de **Introdução** – há apenas um texto que introduz a primeira seção do artigo.

Les avantages présumés du trotteur (caractère ludique et aide à l'apprentissage de la marche) sont dénoncés et démentis depuis quelques années. Face à la recrudescence d'accidents, le Canada a interdit son utilisation ou importation depuis 2004 et les États-Unis plébiscitent cette interdiction depuis plusieurs années. De nombreux pays européens rallient cette décision et plaident en faveur de l'abandon de son utilisation.

1. Matériel et méthodes

Tous les dossiers médicaux d'enfants admis au POSU pédiatrique, entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2005, pour un accident traumatique impliquant un trotteur ont été analysés de façon rétrospective. L'identification a été réalisée par requête informatique sur les motifs de recours grâce à l'existence de mots clés libres spécifiques à certains accidents dans le dossier informatisé du patient. La recherche a été complétée d'une revue systématique de toutes les observations cliniques d'enfants admis pour accidents domestiques et âgés de moins de 15 mois. Les données recueillies étaient: les caractéristiques de l'enfant (âge, sexe, résidence), la description de l'accident (lieu, circonstances, date et heure), sa prise en charge (date et heure d'arrivée aux urgences, examens complémentaires, traitement), le type de lésion et le devenir. Hormis un premier passage aux urgences, tous les dossiers médicaux correspondant à des passages ultérieurs à l'accident ont été étudiés avec recherche d'autres accidents domestiques. Dans les situations familiales identifiées à risque, les assistantes sociales de l'unité alertaient la protection maternelle et infantile du secteur correspondant.

2. Résultats

entre 10 et 13 heures et un second | 2 pics totalisant 75,4 % des situati
et l'arrivée aux urgences était en m
tes (extrêmes 2 minutes à 24 heure
mes (délai inférieur à 5 minutes ·
20 heures) permettrait d'obter
105 ± 116 minutes. L'accident av:
grande majorité des cas, sur la voi
sein d'une crèche pour 1 enfant.
impliquait des escaliers dans 139 ca
ches était connu dans 86 % des ca
liers dévalés égale à 7 (extrêmes 1
tions, l'enfant basculait tête prerr
(n = 31), latéralement (n = 4), en a
un fossé (n = 1). Le bilan lésionnel
plaies, 6 fractures, 2 luxations
extradural; le détail des lésions fi
durée moyenne de séjour aux u
47 minutes; égale à 6 heures 15
12 minutes à 10 heures 09 minute
égal à 2 heures 14 minutes (extrê
43 minutes) dans les autres cas. Vi
pitalisés (12 %): 15 traumatismes c
1 hématome extradural, 1 fracture
luxation dentaire. Plus de la moi
pas nécessité de recours à des exar
les autres cas ont été réalisées: 40
tomodensitométries crâniocérébrale
social (conduites familiales à risque
(14,6 %): en temps réel dans 10
façon rétrospective dans 16 cas (grc
et l'analyse des passages ultérieurs
même enfant. Le groupe 2 totalisait
enfants avaient été victimes chacu

primeira seção

2) Os artigos da *Archives de Pédiatrie* apresentam uma alta frequência da seção **Remerciements** (agradecimentos).

l'exception des CRCM (centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose). Une étude vient d'être entreprise par le groupe avancées vaccinales pour évaluer le taux de couverture contre la grippe chez ces patients.

La majorité des parents déclare ne pas se souvenir avoir reçu le bon de prise en charge de la CNAM pour la saison 2003–2004. C'est dans le groupe des enfants atteints d'hémoglobino-pathie que le taux de réception a été le plus faible, bien que ce soit apparemment le groupe le mieux vacciné contre la grippe (Tableau 3). Alors que les déclarations sur le statut vaccinal ont pu être vérifiées grâce au carnet de santé, le taux de réception des bons CNAM s'est fondé uniquement sur les déclarations des parents. Certains parents — et notamment ceux dont les enfants souffrent d'une hémoglobino-pathie — particulièrement mal informés, pourraient avoir reçu le bon de prise en charge, sans l'avoir identifié comme tel. Cette étude ne permet malheureusement pas de préciser si la vaccination des enfants n'ayant pas reçu de bon de prise en charge a été remboursée aux parents.

Le taux de réception des bons de prise en charge semble avoir augmenté avec l'âge des patients, ce qui pourrait traduire un problème (ou un retard) dans l'identification des enfants concernés [23]. Certaines ALD peuvent être déclarées tardivement. De plus, il existe des différences entre les libellés utilisés par les médecins, par le CTV, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France et par la HAS pour désigner les maladies chroniques justifiant la vaccination annuelle contre la grippe (Tableau 1) [24,25]. Il existe également des écarts entre les recommandations du CTV et la prise en charge par l'assurance maladie. Les maladies chroniques de l'enfant nécessitant un traitement prolongé à l'aspirine ne figurent pas dans la liste des ALD donnant lieu à la gratuité de la vaccination grippale, tandis que le CTV et le CSHPF recommandent la vaccination dans le cadre de ces affections. La vaccination de tous les enfants asthmatiques, sans distinction de sévérité, est également recommandée par le CTV et le CSHPF, tandis que la

l'exception des CRCM (centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose), devrait prochainement examiner cette question.

4. Conclusion

Les résultats de cette enquête préliminaire mériteraient d'être confirmés sur un échantillon représentatif plus large de la population française. Davantage de données sont nécessaires pour évaluer la couverture vaccinale de cette population particulière par rapport aux objectifs définis par la loi de santé publique en matière de vaccination contre la grippe. Tout doit être mis en œuvre pour protéger efficacement contre la grippe saisonnière et ses complications cette population particulièrement vulnérable que constituent les enfants atteints d'ALD.

Remerciements

Ce travail a été réalisé dans le cadre des avancées vaccinales, groupe indépendant d'experts en recherche clinique, soutenu par Sanofi Pasteur MSD. Les auteurs remercient Betty Dodet et Catherine Cohet (Dodet Bioscience) pour leur assistance lors de la rédaction de ce manuscrit.

Références

- [1] Stöhr K. Preventing and treating influenza. *BMJ* 2003;326:1223–4.
- [2] Ministère de la santé et de la solidarité. DGS/GTND0. Grippe. Mise à jour 13 mars 2003. <http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/losp/19grippe.pdf>.
- [3] Heikkinen T, Silvennoinen H, Peltola V, et al. Burden of influenza in children in the community. *J Infect Dis* 2004;190:1369–73.
- [4] Calendrier vaccinal 2003. Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, 17 janvier 2003. *BEH* 2003;6:33–40.
- [5] Calendrier vaccinal 2005 et autres avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatifs à la vaccination. *BEH* 2005;29/30:142–7.
- [6] Nouvelles prises en charge en affections de longue durée de la liste (ALD 30) en 2004/Cnamts/Direction du service médical. Août 2005. <http://www.ameli.fr/245/DOC/2192/enquete.html>.

MACROESTRUTURA DO ARTIGO EM FRANCÊS

Assim, a macroestrutura dos artigos de francês da revista *Archives de Pédiatrie* divide-se geralmente em:

- **Type d'article**
 - **Titre**
 - **Auteurs**
- **Résumé e Abstract**
- **Matériel et méthodes**
 - **Résultats**
 - **Discussion**
 - **Conclusion**
- **Remerciements (Agradecimentos)**
 - **Références**

TIPO DE ARTIGO

Mémoire original

TÍTULO EM FRANCÊS E INGLÊS

Utilisation du trotteur (*baby-trot, youpala*) : une conduite à risque

Babywalker use (*baby-trot, youpala*): an unsafe practice

AUTORES

I. Claudet*, S. Fédérici, C. Debuissou, E. Laporte-Turpin, P. Mischeau, C. Pajot, E. Grouteau, C. Sérignac, M. Huguenin

POSU pédiatrique, Hôpital des Enfants, CHU de Toulouse, 330, avenue de Grande-Bretagne, TSA 20034, 31059 Toulouse cedex 08, France

Reçu le 24 mars 2006 ; accepté le 11 août 2006

Disponible sur internet le 09 octobre 2006

RÉSUMÉ (resumo em francês)

Résumé

Objetif. – Analyse épidémiologique des accidents de trotteur admis dans une unité d'urgences pédiatriques.

Méthodes. – Étude rétrospective, descriptive des accidents de trotteur admis au POSU pédiatrique entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2005.

Résultats. – Cent soixante-dix-huit enfants ont été admis à la suite d'un accident impliquant un trotteur. Le sex-ratio était égal à 1,7 avec une prévalence masculine. La moyenne d'âge était de 11 ± 4 mois. L'accident impliquait des escaliers dans 78 % des cas, le nombre moyen d'escaliers dévalés était égal à 7 (extrêmes 1 à 20). La répartition des accidents était bimodale : sur l'année (un pic en mai et en octobre) ; sur la semaine, 54 % des accidents survenaient le jeudi ou le week-end ; dans la journée de 10 à 13 heures et de 16 à 19 heures. Un traumatisme crânien léger constituait la lésion la plus fréquente (72 %). Vingt et un enfants ont été hospitalisés pour commotion cérébrale ($n = 15$), fracture du crâne ($n = 3$), fracture de l'avant-bras ($n = 1$), luxation dentaire ($n = 1$) et hématome extradural ($n = 1$). Un problème social (conduites familiales à risque) a été identifié chez 26 enfants (15 %) dont 16 situations ont été repérées grâce au caractère rétrospectif de l'étude et la survenue d'autres accidents domestiques postérieurs à la première admission.

Conclusion. – L'utilisation du trotteur est à l'origine de nombreux accidents domestiques par chute dans les escaliers chez l'enfant de moins de 1 an. Cette incidence est à l'origine de son interdiction au Canada depuis 2004. De nombreux pays plaident en faveur de son abandon. Les moyens de prévention active et/ou passive ont montré leurs limites. Cette pratique insidieuse et dangereuse devrait être bannie en France.

© 2006 Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT (resumo em inglês)

Abstract

Aim. – Epidemiological analysis of accidents related to babywalker use admitted to a pediatric emergency department.

Methods. – Retrospective, descriptive study of injuries related to babywalkers admitted to the pediatric emergency department between January 1st, 2003 and December 31st, 2005.

Results. – One hundred and seventy-eight children were admitted due to an accident related to babywalker use. The sex ratio was 1.7 with a male prevalence. Mean age was 11 ± 4 months. Seventy-eight percent of babywalker-related injuries were attributable to fall down a flight of stairs. The mean number of steps that a child fell down was 7 (range 1–20 steps). The repartition of accidents was bimodal: during the year, 1 peak in May and 1 in October; during the week: 54% of the cases occurred on Thursday or on the weekend; during the day (1 peak between 10 a.m. and 1 p.m. and 1 peak between 4 p.m. and 7 p.m.). Non-severe head trauma represented the most frequent injury (72%). Twenty-one children were hospitalised for concussion ($N = 15$), cranial fractures ($N = 3$), forearm fracture ($N = 1$), dental subluxation ($N = 1$) and extradural hematoma ($N = 1$). A social problem (families with unsafe domestic practices) was identified in 26 children (15%), 16 of these situations were recognized due to the retrospective character of the study and the analysis of hospital admissions after the first accident.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : claudet.i@chu-toulouse.fr (I. Claudet).

Conclusion. – Stairway related falls associated with babywalker use and fall down in the stairs are very frequent in children less than 1 year-old. This resulted in babywalkers being prohibited in Canada since 2004. In several countries, advocates are working to ban babywalkers. Active or passive prevention methods have shown their limits. This unsafe and dangerous practice should be banned in France.
© 2006 Publié par Elsevier Masson SAS.

MOTS CLÉS – KEYWORDS (PALAVRAS-CHAVE)

Mots clés : Trotteur ; Accident domestique

Keywords : Babywalker, Home accidents, Infant

“INTRODUÇÃO”

Les avantages présumés du trotteur (caractère ludique et aide à l'apprentissage de la marche) sont dénoncés et démentis depuis quelques années. Face à la recrudescence d'accidents, le Canada a interdit son utilisation ou importation depuis 2004 et les États-Unis plébiscitent cette interdiction depuis plusieurs années. De nombreux pays européens rallient cette décision et plaident en faveur de l'abandon de son utilisation.

entre 10 et 13 heures et un second pic entre 16 et 19 heures, ces 2 pics totalisant 75,4 % des situations. Le délai entre l'accident et l'arrivée aux urgences était en moyenne de 2 heures 44 minutes (extrêmes 2 minutes à 24 heures), la suppression des extrêmes (délai inférieur à 5 minutes et délai supérieur ou égal à 20 heures) permettrait d'obtenir un délai moyen de 105 ± 116 minutes. L'accident avait lieu au domicile dans la grande majorité des cas, sur la voie publique dans 5 cas et au sein d'une crèche pour 1 enfant. Le mécanisme de l'accident impliquait des escaliers dans 139 cas (78 %) ; le nombre de marches était connu dans 86 % des cas avec une moyenne d'escaliers dévalés égale à 7 (extrêmes 1 à 20). Dans les autres situations, l'enfant basculait tête première par-dessus son trotteur ($n = 31$), latéralement ($n = 4$), en arrière ($n = 2$) ou encore dans un fossé ($n = 1$). Le bilan lésionnel totalisait 139 contusions, 14 plaies, 6 fractures, 2 luxations dentaires et 1 hématome extradural ; le détail des lésions figure dans le Tableau 1. La durée moyenne de séjour aux urgences était de 2 heures 47 minutes ; égale à 6 heures 15 minutes (extrêmes 2 heures 12 minutes à 10 heures 09 minutes) en cas d'hospitalisation et égal à 2 heures 14 minutes (extrêmes 20 minutes à 14 heures 43 minutes) dans les autres cas. Vingt et un enfants ont été hospitalisés (12 %) : 15 traumatismes crâniens, 3 fractures du crâne, 1 hématome extradural, 1 fracture des 2 os de l'avant-bras, 1 luxation dentaire. Plus de la moitié des enfants ($n = 98$) n'a pas nécessité de recours à des examens complémentaires ; dans les autres cas ont été réalisées : 40 radiographies du crâne, 18 tomodensitométries crâniocérébrales et 7 sutures. Un problème social (conduites familiales à risque) a pu être repéré dans 26 cas (14,6 %) : en temps réel dans 10 situations (groupe 1) et de façon rétrospective dans 16 cas (groupe 2) après la fin de l'étude et l'analyse des passages ultérieurs au premier incident pour le même enfant. Le groupe 2 totalisait 35 accidents domestiques ; 5 enfants avaient été victimes chacun de 3 accidents ou plus dont l'accident impliquant le trotteur. Parmi ces autres accidents domestiques, les chutes de mobilier prédominaient (58 %), suivies par les intoxications (26 %), les brûlures ($n = 2$) et 1 cas de « *chevas dravaglar* » ou syndrome du tourniquet sur un orteil. Seuls 2 enfants du groupe 1 avaient déjà bénéficié d'un suivi antérieur par la PMI contre les deux tiers du groupe 2.

1. MATÉRIEL E MÉTHODES

1. Matériel et méthodes

Tous les dossiers médicaux d'enfants admis au POSU pédiatrique, entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2005, pour un accident traumatique impliquant un trotteur ont été analysés de façon rétrospective. L'identification a été réalisée par requête informatique sur les motifs de recours grâce à l'existence de mots clés libres spécifiques à certains accidents dans le dossier informatisé du patient. La recherche a été complétée d'une revue systématique de toutes les observations cliniques d'enfants admis pour accidents domestiques et âgés de moins de 15 mois. Les données recueillies étaient : les caractéristiques de l'enfant (âge, sexe, résidence), la description de l'accident (lieu, circonstances, date et heure), sa prise en charge (date et heure d'arrivée aux urgences, examens complémentaires, traitement), le type de lésion et le devenir. Hormis un premier passage aux urgences, tous les dossiers médicaux correspondant à des passages ultérieurs à l'accident ont été étudiés avec recherche d'autres accidents domestiques. Dans les situations familiales identifiées à risque, les assistantes sociales de l'unité alertaient la protection maternelle et infantile du secteur correspondant.

2. Résultats

Sur la période étudiée, 178 enfants ont été admis aux urgences pédiatriques à la suite d'un accident impliquant un trotteur. Le sex-ratio était égal à 1,7 à la faveur des garçons ($n = 113$). La moyenne d'âge était de 11 ± 4 mois (médiane égale à 10 mois) quel que soit le sexe et 87,6 % des accidents survenaient entre 7 et 12 mois. La répartition temporelle suivait une répartition bimodale : mensuelle avec un pic en mai et un autre pic en octobre (Fig. 1) ; hebdomadaire où le jeudi et le week-end représentaient 54 % des cas ; horaire avec, d'une part, plus de 50 % des venues aux urgences entre 17 et 22 heures et, d'autre part, 22,5 % entre 11 et 14 heures. L'heure de survenue de l'accident était précisée dans 127 cas et de répartition bimodale avec un pic

2. RÉSULTATS

3. DISCUSSION

3. Discussion

Le trotteur, dénommé baby-trot, youpala, déambulateur ou encore *marshate* au Canada est utilisé par la moitié des parents ayant des enfants âgés de 3 à 12 mois [1–4]. Ce type de

loper des campagnes de prévention et encourager le boycottage de ce type de produit. Sous la pression des entreprises et l'impossibilité d'interdire la fabrication des trotteurs, tous les efforts ont été concentrés sur la prévention passive et la production d'un nouveau standard prenant en compte le risque élevé de chute dans les escaliers. Ces modifications techniques par la réduction de la mobilité directionnelle (élargissement de la base), par l'augmentation de la stabilité (déplacement du centre de gravité vers l'arrière), par la réduction de la vitesse (bandes adhésives de friction sous la base) ont permis de réduire de 85 % l'incidence annuelle totale des accidents en 2002 et de 63 % les admissions dans les services d'urgence aux États-Unis [22,24]. De nombreuses autres études illustrent l'échec des mesures de prévention active isolée [1,4,13,15,18,25–29] et plusieurs pays européens encouragent l'abandon de l'utilisation du trotteur [1,8,10,12,30]: la présence d'un témoin n'est pas, isolément, un facteur de prévention de l'accident; avec une vitesse supérieure à 75 cm/s, un enfant peut traverser avec son trotteur une pièce avant qu'un adulte ait le temps de réagir [15,29]. D'autres ont étudié l'influence de la présence de moyens de protection au domicile: la présence d'une barrière protectrice n'est pas suffisante à elle seule comme moyen de prévention: 30 % des familles possédaient un tel système avant l'accident et moins de la moitié a procédé à son acquisition après [18]. L'information parentale sur les risques encourus et l'interrogatoire des parents sur l'appréciation des risques liés à cette utilisation ont prouvé que: cette notion parentale de risque n'était pas un facteur limitant suffisant. Ainsi dans l'étude de Dilillo et al. [4], 89 % des mères connaissaient le risque d'accident, 40 % l'ont utilisé malgré tout pour 1 ou plusieurs de leurs enfants, 48 % étaient persuadées d'un bénéfice en termes de stimulation ludique, 29 % croyaient qu'il favorisait le développement psychomoteur. L'équipe de Kendrick et al. [1] s'était interrogée, en 1998, sur l'influence possible des conditions sociodémographiques et leur éventuelle relation avec l'utilisation du trotteur, mais aussi avec d'autres conduites dites « à risque » (couchage inapproprié, collier aux bébés, absence de protection des escaliers, portes de four ou inserts, laisser un enfant seul sur une surface en hauteur, etc.) [1]. Les auteurs concluaient à l'égalité de risque de survenue d'un accident avec un trotteur dans tous les groupes sociaux, mais ils montraient une incidence plus élevée de conduites dites « à risque » dans les familles utilisatrices de façon inappropriée ou insécuritaire du trotteur. Le caractère rétrospectif de notre étude a permis de repérer, à distance de l'accident, de telles familles à risque par l'analyse des consultations ultérieures aux urgences pour le même enfant: 26 familles ont fait l'objet d'une enquête sociale, 16 d'entre elles a posteriori sur la survenue d'autres accidents domestiques. Cette constatation encourage le suivi des enfants âgés de moins de 1 an ayant fait l'objet d'un accident domestique, l'incidence dans ce groupe de traumatismes non accidentels, de négligence ou de maltraitance étant plus élevée [25]. Santos Serrano et al. [8] ont mis en évidence une relation inversement proportionnelle entre le niveau éducatif de la mère et le risque de survenue d'accidents de trotteur. Watson et al. [27] ont étudié

l'impact de la distribution gratuite d'équipements de protection (barrière d'escaliers, protection de four-insert, alarmes incendie, armoire à pharmacie) à 619 familles vivant dans des quartiers défavorisés et ayant des enfants âgés de moins de 5 ans. L'étude n'a pas eu l'effet escompté: l'incidence des accidents domestiques comparée à un groupe de familles identiques issues du même quartier et non équipées n'a pas diminué et un tiers des familles équipées n'a pas utilisé les systèmes mis à disposition gratuitement. En 2005, en Angleterre, Kendrick et al. [30] ont étudié l'effet d'une prévention d'amont en période périnatale, par la distribution à 1174 femmes enceintes d'un set éducatif sur les dangers de l'utilisation des trotteurs, l'importance des barrières de protection des escaliers et la protection des portes de four et inserts de cheminée. Ce set était distribué par des sages-femmes ou par leur médecin de famille. Kendrick et al. [31] ont prouvé l'efficacité de ce type de prévention par la réduction du nombre de trotteurs acquis dans cette période, et noté la modification de la perception par les mères de l'intérêt du trotteur en matière de sécurité et d'aide à la marche. Suite à l'accident, des visites d'information auprès de 881 familles concernées ont été effectuées par l'équivalent de notre personnel des PMI, dans l'étude de Kendrick et al. [32]. Les auteurs ont conclu à l'impossibilité de prouver un bénéfice préventif de ces visites sur le risque de survenue d'autres accidents domestiques et ce, malgré la multiplication par 3 de l'effectif du personnel. Cette équipe s'est interrogée sur le caractère intrusif que pouvaient avoir ces visites auprès des familles et le possible échec des visites ultérieures. L'étude de Scheidt et al. [33] apporte des éléments de réponse: 1350 familles dont l'enfant avait été admis aux urgences pour traumatisme ont été contactées par téléphone; outre la collecte d'informations sociodémographiques et circonstancielles, l'appelant s'enquerraient du vécu de cet interrogatoire: dans 90 % des cas, le questionnaire téléphonique n'était pas source de colère, de caractère offensant ou menaçant, seul 13 % de l'échantillon était très irrité par la requête. Les auteurs notaient que le sentiment d'irritation ou de colère s'estompait avec le temps et concernait surtout les parents contactés dans les 2 premières semaines après l'accident. Les résultats de notre étude confortent le constat de l'équipe de Kendrick et al. [32] sur le faible effet préventif de ce type de suivi s'il représente la seule mesure préventive mise en place dans ces familles: le groupe d'enfants (groupe 2) victimes d'accidents domestiques ultérieurs à l'accident de trotteur était déjà connu et suivi dans deux tiers des cas par la PMI.

4. Conclusion

Les accidents secondaires à l'utilisation d'un trotteur sont fréquents et non anodins. Les moyens de prévention active ou passive ont prouvé leurs limites: la prévention active ne peut être que multidisciplinaire (tutelles de santé, médias, cabinets médicaux, PMI, unités d'urgence, service d'aide sociale, maternité), les visites sociales des familles suivant l'accident n'ont pas prouvé leur efficacité sur la prévention des récidives; la prévention passive (modifications du modèle,

4. CONCLUSION

protection d'escaliers de série, etc.) est aléatoire car dépendante du fabricant. Sur l'initiative du Canada, l'abandon de son utilisation représente la méthode préventive la plus efficace.

REMERCIEMENTS (AGRADECIMENTOS)

Remerciements

Nous remercions vivement Claire Walker pour son aide dans la traduction du résumé de cet article.

Références

- [1] Kendrick D, Marsh P. Babywalkers: prevalence of use and relationship with other safety practices. *Inj Prev* 1998;4:295-8.
- [2] American Academy of Pediatrics Committee on Injury and Poison Prevention. Injuries associated with infant walkers. *Pediatrics* 1995;95:778-80.
- [3] Smith GA, Bowman MJ, Luria JW, et al. Babywalker-related injuries continue despite warning labels and public education. *Pediatrics* 1997;100:E1.
- [4] DiLillo D, Darnashek A, Peterson L. Maternal use of baby walkers with young children: recent trends and possible alternatives. *Inj Prev* 2001;7:223-7.
- [5] Croucher M. The effects of babywalkers on early locomotor development. *Dev Med Child Neurol* 1986;28:757-61.
- [6] Segal AC, Burton RV. Effects of babywalkers on motor and mental development in human infants. *J Dev Behav Pediatr* 1999;20:555-61.
- [7] Al-Nurai L, Al-Isawi S. Baby walker injuries. *Ann Trop Paediatr* 2006;26:67-71.
- [8] Santos Serrano L, Paricio Takayon JM, Salim Perez A, et al. Patterns of use, popular beliefs and proneness to accidents of a baby walker (go-cart). Bases for a health information campaign. *Ann Epédiat* 1996;44:337-40.
- [9] Suprano I, Ughetto F, Piat O. Accidents domestiques chez l'enfant. In: SPAR, editor. Conférences d'actualisation 45^e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris: Elsevier; 2003. p. 705-24.
- [10] Dedoukou X, Spyridopoulos T, Kedikoglou S, et al. Incidence and risk factors of fall injuries among infants: a study in Greece. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:1002-6.
- [11] Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac)-Rapport InVS année 1999-2001. www.invs.sante.fr/publications/2004/rapport_epac/Rapport_EPAC.pdf
- [12] Maye J, Guisl M, Putscher K, et al. Baby walkers an underestimated hazard for our children. *Eur J Pediatr* 1994;153:531-4.
- [13] Partington MD, Swanson JA, Meyer FB. Head injury and the use of baby walkers: a continuing problem. *Ann Emerg Med* 1991;20:652-4.

- [14] Chavesillo CT, Christoph RA, Bond GR. Infant walker-related injuries: a prospective study of severity and incidence. *Pediatrics* 1994;93:974-6.
- [15] American Academy of Pediatrics. Injuries associated with infant walkers. Policy statement. 2001: 790-2. www.aap.org/policy/0102.html.
- [16] Petridou E, Simou E, Skondra C, et al. Hazards of baby walkers in a European context. *Inj Prev* 1996;2:118-20.
- [17] Connors GP, Weber CE, Emmons RW. Intussusception following a baby walker injury. *J Emerg Med* 1999;17:269-71.
- [18] Rieder MJ, Schwartz C, Newman J. Patterns of walker use and walker injury. *Pediatrics* 1986;78:488-93.
- [19] Meux LS, Krenzelok EP. Examining the contribution of infant walkers to childhood poisoning. *Vet Hum Toxicol* 2000;42:39-40.
- [20] Johnson CF, Ericson AK, Camano D. Walker-related burns in infants and toddlers. *Pediatr Emerg Care* 1990;6:58-61.
- [21] Cassell OC, Hubble M, Milling MA, et al. Baby walkers-still a major cause of infant burns. *Burns* 1997;23:451-3.
- [22] Shields BJ, Smith GA. Success in the prevention of infant walker-related injuries: an analysis of national data, 1990-2001. *Pediatrics* 2006;117:e452-e459.
- [23] Warrington SA, Wright CM, ALSPAC Study Team. Accidents and resulting injuries in premobile infants: data from the ALSPAC study. *Arch Dis Child* 2001;85:104-7.
- [24] Rodgers GB, Leland EW. An evaluation of the effectiveness of a baby walker safety standard to prevent stair-fall injuries. *J Safety Res* 2005;36:327-32.
- [25] McGregor DM. Accident and emergency attendances by children under the age of 1 year as a result of injury. *Emerg Med J* 2003;20:21-4.
- [26] Trindoff A, Parks PL. Prevention strategies for infant walker-related injuries. *Public Health Rep* 1993;108:784-8.
- [27] Watson M, Kendrick D, Coupland C, et al. Providing child safety equipment to prevent injuries: randomised controlled trial. *BMJ* 2005;330:178.
- [28] Powell EC, Taux RR. Adjusting our view of injury risk: the burden of nonfatal injuries in infancy. *Pediatrics* 2002;110:792-6.
- [29] Lang-Buntz H. Preventing accidents in the home. *Can Med Assoc J* 1983;129:482-5.
- [30] Laffey M, Fitzpatrick P, Jordan M, et al. Attitudes to and use of baby walkers in Dublin. *Inj Prev* 1995;1:109-11.
- [31] Kendrick D, Ellingworth R, Woods A, et al. Promoting child safety in primary care: a cluster randomised controlled trial to reduce baby walker use. *Br J Gen Pract* 2005;55:582-8.
- [32] Kendrick D, Pritchard A, Cloke J, et al. Randomised controlled trial assessing the impact of increasing information to health visitors about children's injuries. *Arch Dis Child* 2001;85:366-70.
- [33] Scheidt PC, Brenner A, Rossi M, et al. Parental attitudes regarding interviews about injuries to their children. *Inj Prev* 2006;6:51-5.

RÉFÉRENCES

MICROESTRUTURA DO ARTIGO EM FRANCÊS

A microestrutura do artigo em francês é, em geral, caracterizada por:

- Parágrafos longos e bem-estruturados.

**DIFERENTEMENTE DO PORTUGUÊS,
QUASE NÃO HÁ FRASE-PARÁGRAFO**

Le but de **notre** étude était de quantifier le bénéfice que pouvait amener la mise en place d'un système de triage en fonction de critères cliniques recueillis par l'IAO. Pour cela, **nous** avons conduit une étude prospective sur un mois, du 15 novembre 2003 au 15 décembre 2003. Cette étude **nous** a permis de mesurer le temps d'attente avant la prise en charge médicale, le pourcentage d'hospitalisation en fonction du stade, la cohérence entre le stade attribué par l'infirmière à l'accueil et la relecture par le médecin a posteriori. **Notre** étude montre que la durée de l'attente avant prise en charge médicale correspond au délai attendu pour les patients classés en stade II et III. En revanche, la prise en charge des patients classés en stade I ne répond pas à l'objectif fixé.

- Equilíbrio entre pessoalização (*nous/notre*) e impessoalização (*on*), sendo a primeira até mais utilizada que a segunda.

**EM GERAL, PAPERS EM PORTUGUÊS APRESENTAM
MAIOR TENDÊNCIA À IMPESSOALIZAÇÃO**

MICROESTRUTURA DO ARTIGO EM FRANCÊS

- Presença constante de conectores textuais (*donc, cependant, pour cela, en revanche* etc), que garantem um texto mais bem “amarrado”.

Notre étude a montré que la durée de l’attente avant prise en charge médicale correspondait au délai attendu pour les patients classés en stade II et III. **En revanche,** la prise en charge des patients classés en stade I ne répondait pas à l’objectif fixé. Il faut **néanmoins** modérer ce propos par plusieurs remarques. Nous n’avons pas défini en minutes ce que

COMO OS PAPERS EM PORTUGUÊS APRESENTAM, MUITAS VEZES, MENOS CONECTORES, AS “AMARRADURAS” ACABAM SENDO PREENCHIDAS PELO LEITOR

- Normalmente, a **ordem** das sentenças é direta, como nos textos em português.
- Há considerável uso de voz passiva, mas, em geral, em menor escala que nos *papers* da revista *Jornal de Pediatria*.

QUADRO GERAL

	<i>ARCHIVES DE PÉDIATRIE</i>	<i>JORNAL DE PEDIATRIA</i>
GRANDE QUANTIDADE DE AUTORES	+	+
QUADROS, TABELAS, FIGURAS	+	+
PARÁGRAFOS LONGOS	+	+
PESSOALIZAÇÃO	+	-
IMPESSOALIZAÇÃO	-	+
CONECTORES	+	-
ORDEM DIRETA	+	+
ORDEM INDIRETA (VOZ PASSIVA)	-	+

REFERÊNCIAS

JORNAL DE PEDIATRIA, disponível em <<http://www.jpmed.com.br>>

ARCHIVES DE PÉDIATRIE, disponível em <http://www.elsevier.com/wps/find/homepage.cws_home>

TEXTQUIM, disponível em <<http://www.ufrgs.br/textquim>>

DÚVIDAS?

Envie email para gusfeix@yahoo.com.br

VISITE NOSSO SITE

WWW.UFRGS.BR/TEXTQUIM