

p.65 **Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2006**
Fatal home and leisure injuries in mainland France, 2000-2006

p.69 **Biais de déclaration du poids et de la taille chez les adultes en France : effets sur l'estimation des prévalences du surpoids et de l'obésité**
Bias in reporting weight and height among adults in France: impact on assessment of overweight and obesity prevalence

Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2006

Linda Lasbeur (l.lasbeur@invs.sante.fr), Bertrand Thélot
Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Introduction - L'objectif de ce travail est de mesurer et de caractériser les décès par accident de la vie courante (AcVC) en France de 2000 à 2006.

Méthodes - Les résultats ont été établis à partir d'une liste « accidents » issue des causes externes de traumatismes de la Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM-10), et exprimés en effectifs, en taux bruts et en taux standardisés sur l'âge.

Résultats - En 2006, il y a eu 18 549 décès par AcVC en France métropolitaine (taux standardisé de 25,2/100 000). Une surmortalité masculine est observée : 32,2/100 000 chez les hommes *vs* 19,4/100 000 chez les femmes (rapport hommes/femmes des taux de mortalité : 1,7). Les deux tiers des décès par AcVC sont survenus après l'âge de 74 ans. Les chutes (11,9/100 000), les suffocations (3,8/100 000), les noyades (1,6/100 000), les intoxications (1,5/100 000) et les accidents par le feu (0,7/100 000) ont été les principaux AcVC. Le taux de mortalité par AcVC a diminué de 11% sur la période 2000-2002 à 2004-2006. Cette diminution a été observée surtout chez les moins de 15 ans.

Discussion-Conclusion - Les AcVC restent une cause importante de décès en France, malgré la diminution constatée entre 2000 et 2006. De nombreux décès pourraient probablement encore être évités par des mesures de prévention et de réglementation adaptées.

Fatal home and leisure injuries in mainland France, 2000-2006

Introduction - The aim of this work is to measure and characterize deaths due to home and leisure injuries in France from 2000 to 2006.

Method - The results were established from a list of causes of deaths using the external causes of injury codes of the International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10), expressed in numbers, crude death rates and age-adjusted death rates.

Results - In 2006, 18,549 deaths due to home and leisure injuries occurred in mainland France (age-adjusted death rate 25.2/100,000). The age-adjusted death rate was 1.7 times higher for males than that for females (32.2/100,000 versus 19.4/100,000). Two third of home and leisure injuries deaths occurred after the age of 74. Falls (11.9/100,000), suffocations (3.8/100,000), drowning (1.6/100,000), poisonings (1.5/100,000) and fire accidents (0.7/100,000) were the leading causes of home and leisure injuries-related deaths. The home and leisure injuries age-adjusted death rate decreased by 11% over the period 2000-2002 to 2004-2006. This decrease was highest for people under 15 years of age.

Discussion-Conclusion - In spite of the decrease between 2000 and 2006, home and leisure injuries remain a significant cause of death in France. Most of these deaths could be avoided with adapted prevention and regulation measures.

Mots clés / Key words

Épidémiologie, mortalité, causes médicales de décès, accidents de la vie courante / *Epidemiology, mortality, medical causes of death, home and leisure injuries*

Introduction

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont définis comme des traumatismes non intentionnels qui ne sont ni des accidents de la circulation routière, ni des accidents du travail [1]. Les données de mortalité en France sont issues de la base nationale des causes médicales de décès, élaborée à partir des certificats de décès par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm) [2]. Les causes de décès

sont codées par le CépiDc selon la Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM-10) depuis l'année 2000 [3]. Ce travail rend compte des statistiques de décès par AcVC entre 2000 et 2006 en France métropolitaine, complétant ainsi les résultats antérieurs [4].

Méthodes

Les décès par AcVC ont été sélectionnés lorsque la cause initiale de décès appartenait à la « liste

de référence des AcVC » de la CIM-10 (tableau 1) [5]. N'étant pas toujours identifiés, les accidents du travail (AT) sont, de fait, inclus dans les analyses. Les analyses ont été essentiellement effectuées selon la cause initiale du décès à l'origine de l'enchaînement des événements ayant conduit au décès, et sur laquelle il est possible d'agir pour l'éviter. Les décès par chutes accidentelles sont sous-estimés par ce type d'analyse, du fait de la construction de la CIM-10.

Une analyse complémentaire a donc été effectuée dans ce cas, dite en « causes multiples », en ajoutant aux décès de cause initiale « chutes » (codes W00-W19) les décès codés à la fois en cause initiale « exposition à des facteurs sans précision » (code X59), et en cause associée « fracture du fémur » (code S72). Il a donc été considéré qu'un décès avec fracture du fémur en cause associée était dû à une chute. Dans les résultats établis par l'analyse en cause initiale, une grande partie des décès par chute (de l'ordre de 40%) se trouve parmi les décès pour « autres accidents non précisés ». L'analyse en causes multiples permet de réaffecter ces décès par chute dans leur catégorie, ce qui diminue d'autant celle des décès par causes autres et non précisées.

Pour l'analyse par type de lésions, on n'a retenu que les décès pour lesquels un seul code lésion en causes associées apparaissait (environ la moitié des cas).

Les résultats sont exprimés en nombre de décès par an, en taux bruts et en taux de mortalité standardisés sur l'âge. Les taux bruts ont été calculés pour 100 000 habitants de la population moyenne de l'année en cours. Les taux de mortalité standardisés sur l'âge ont été calculés selon la méthode de standardisation directe sur l'âge, population française de 1990. L'indice comparatif de mortalité, rapport en base 100 du nombre observé de décès dans une région au nombre de décès qui serait obtenu si le taux de mortalité pour chaque tranche d'âge était identique au taux national, a été utilisé pour les comparaisons régionales. Le test de Breslow et Day a été utilisé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale était significative. Le test du Chi2 de tendance a été utilisé pour justifier de la significativité des évolutions entre 2000-2002 et 2004-2006. Le traitement des données consolidées en 2006 a parfois amené de très faibles réajustements des résultats publiés antérieurement (sur les chutes en 2003 et en 2004).

Résultats

Mortalité par accident de la vie courante en 2006

Les AcVC ont entraîné, en France métropolitaine, 18 549 décès en 2006, soit un taux brut de 30,2/100 000 et un taux standardisé de 25,2/100 000.

Les décès par AcVC ont compté pour 3,6% de la mortalité totale (18 549 décès parmi 515 952). Chez les enfants, ils étaient responsables d'un cinquième des décès entre 1 et 4 ans (116 décès parmi 605) et d'un décès sur 8 entre 5 et 14 ans (99 décès parmi 771).

Les traumatismes, qui regroupent tous les types d'accidents, les homicides, les suicides et les traumatismes d'intention indéterminée, ont été à l'origine de 36 700 décès en 2006. Les AcVC ont représenté la moitié de ces décès : 41,5% pour les hommes (9 194/22 147) et 64% pour les femmes (9 355/14 553). Chez les moins de 15 ans cette proportion est de 53%, et chez les 65 ans et plus de 71%. Ils ont contribué à un peu moins des trois quarts des décès pour l'ensemble des 24 853 accidents (traumatismes non intentionnels, incluant notamment les accidents de la circulation) : 68% pour les hommes (9 194/13 568) et 83% pour les femmes (9 355/11 285).

Caractéristiques démographiques

Parmi les 18 549 décès par AcVC en France métropolitaine en 2006, 9 355 étaient des

Tableau 1 Accidents de la vie courante selon la Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM-10) / Table 1 Home and leisure injuries according to the International Classification of Diseases 10 th revision (ICD-10)

Accidents de la vie courante	Codes CIM 10
Chutes*	W00-W19 et X59 + S72
Suffocations	W75-W84
Intoxications	X40-X49
Noyades	W65-W74
Feu	X00-X09 V90-V94 : accidents de transport par eau V96 : accidents d'aéronef sans moteur V98-V99 : accidents de transport, autres et sans précision W53-W64, X20-X29 : morsures et piqûres W44 : pénétration de corps étranger W20-W22, W50-W52 : chocs accidentels W23 : compression W25-W29, W45 : coupure, perforation W35-W38 : accidents provoqués par explosion de récipients sous pression W32-W34 : accidents par arme à feu W39-W40 : accidents causés par explosifs X10-X19 : brûlures W85-W87 : accidents causés par le courant électrique X50 : efforts excessifs et faux mouvements W41 : exposition à un jet à haute pression W49 : exposition à des forces mécaniques autres et sans précision Y86 : séquelles d'accidents, autres que de transport
Autres, précisés	
Autres, non précisés	X58-X59

* Pour l'analyse en « causes multiples », on additionne les décès en cause initiale « chutes » selon la CIM-10 (codes W00-W19) et les décès codés à la fois en cause initiale « exposition à des facteurs sans précision » (code X59) et en cause associée « fracture du fémur » (code S72).

femmes et 9 194 des hommes. Les décès sont plus nombreux chez les femmes parce qu'elles sont plus nombreuses dans la population aux âges avancés. Les différences de taux de mortalité selon le sexe montrent en réalité une surmortalité masculine, de 32,2/100 000 chez les hommes vs 19,4/100 000 chez les femmes ; alors que le sex-ratio est de 0,98, le rapport hommes/femmes de taux de mortalité est égal à 1,7. Les deux tiers des décès par AcVC sont survenus chez les 75 ans et plus (12 069 décès). La répartition selon l'âge et le sexe montre une fréquence élevée de femmes de 75 ans et plus (40%) alors qu'elles ne représentent que 10% des femmes. Le taux de mortalité par AcVC a varié selon l'âge, atteignant son minimum entre 5 et 14 ans (1,3/100 000), et culminant au-delà de 75 ans : 122/100 000 de 75 à 84 ans et 584/100 000 à partir de 85 ans (tableau 2).

Lésions traumatiques, lieu de décès

Les blessures provoquées par un AcVC étaient principalement situées au niveau de la hanche (24%) et de la tête (21%). Il s'agissait le plus souvent de fracture (51%) et d'atteinte des organes internes (27%). Près de la moitié des décès par AcVC a eu lieu dans un établissement

hospitalier (48%), puis à domicile (25%), dans une maison de retraite (9,0%), sur la voie publique (5,1%) et dans un autre lieu (7,1%).

Disparités régionales de mortalité par accident de la vie courante en 2004-2006

La fréquence des décès par AcVC a varié selon les régions françaises ($p < 0,001$). Quatre régions ont eu une mortalité significativement plus élevée que la moyenne observée en France métropolitaine (taux standardisé moyen en 2004-2006 de 26,7/100 000) : la Bretagne, le Nord-Pas-de-Calais et la Franche-Comté (taux supérieurs de 10% à 20% par rapport à la moyenne). À l'opposé, l'Île-de-France a eu une mortalité significativement plus faible (taux inférieur de plus de 20% au taux national).

Différents types d'accident de la vie courante en 2006 (tableau 3, figure 1)

Chutes

Tous âges confondus, les chutes ont constitué la première cause de décès par AcVC. En retenant

Tableau 2 Effectifs et taux de mortalité standardisés par accident de la vie courante selon l'âge et le sexe, France métropolitaine, 2006 (taux pour 100 000 personnes) / Table 2 Number and standardised home and leisure injuries-related death rates, by age and sex, mainland France, 2006 (rate per 100,000 population)

Âge (ans)	Hommes		Femmes		Total	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux
< 1	27	6,7	24	6,3	51	6,5
1-4	80	5,2	36	2,4	116	3,8
5-14	71	1,9	28	0,8	99	1,3
15-24	265	6,6	70	1,8	335	4,2
25-44	1 058	12,7	246	2,9	1 304	7,8
45-64	1 930	25,5	764	9,7	2 694	17,4
65-74	1 189	52,1	692	25,5	1 881	37,6
75-84	2 292	151,6	2 450	103,4	4 742	122,2
85 et plus	2 282	635,6	5 045	563,6	7 327	584,2
Total	9 194	32,2	9 355	19,4	18 549	25,2

Tableau 3 Effectifs et taux de mortalité standardisés par type d'accident de la vie courante selon l'âge, France métropolitaine, 2006 (taux pour 100 000 personnes) / Table 3 Number and standardised home and leisure injuries-related death rates, by type of injury and age, mainland France, 2006 (rate per 100,000 population)

Âge (ans)	Chutes		Suffocations		Noyades		Intoxications		Feu		Autres, précisés		Autres, non précisés		Total	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
< 1	3	0,38	25	3,20	11	1,41	–	–	4	0,51	–	–	8	1,02	51	6,52
1-4	15	0,50	18	0,59	39	1,29	7	0,23	20	0,66	3	0,10	14	0,46	116	3,83
5-14	13	0,17	6	0,08	30	0,40	8	0,11	14	0,19	12	0,16	16	0,21	99	1,33
15-24	53	0,67	18	0,23	54	0,68	54	0,68	20	0,25	30	0,38	106	1,34	335	4,24
25-44	231	1,38	112	0,67	178	1,07	250	1,50	85	0,51	130	0,78	318	1,90	1 304	7,80
45-64	767	4,97	379	2,45	331	2,14	224	1,45	154	1,00	231	1,50	608	3,94	2 694	17,4
65-74	688	13,8	357	7,14	177	3,54	97	1,94	45	0,90	102	2,04	415	8,30	1 881	37,6
75-84	2 554	65,8	802	20,7	144	3,71	196	5,05	77	1,98	82	2,11	887	22,9	4 742	122
85 et plus	4 775	381	1 131	90,2	44	3,51	186	14,8	77	6,14	60	4,78	1 054	84,0	7 327	584
Total	9 099	11,9	2 848	3,81	1 008	1,60	1 022	1,50	496	0,73	650	0,96	3 426	4,75	18 549	25,2

seulement la chute comme cause initiale de décès, on comptabilise 5 239 décès en 2006. Comme indiqué plus haut, il est opportun d'analyser ces décès en causes multiples. On trouve alors 9 099 décès par chute, soit 60% des causes connues de décès par AcVC (9 099/15 123). Les taux correspondants de mortalité sont égaux à 11,9/100 000, soit 10,3/100 000 chez les hommes (3 812 décès), et 13,9/100 000 chez les femmes (5 287 décès). Bien qu'en nombre absolu les décès de femmes aient été plus nombreux, on observe en fait une surmortalité masculine (sex-ratio = 0,72 et rapport hommes/femmes de taux de mortalité = 1,3). Plus des trois quarts des décès par chute sont survenus chez des personnes âgées de 75 ans et plus. Le taux de mortalité croît avec l'âge, il était de 65,8/100 000 entre 75 et 84 ans et de 381/100 000 au-delà de 85 ans.

Suffocations

Les suffocations ont provoqué 2 848 décès en 2006, soit 3,8/100 000, dont 1 319 hommes (4,6/100 000) et 1 529 femmes (3,2/100 000) ; sex-ratio = 0,86 et rapport hommes/femmes de taux de mortalité = 1,4. Avant 1 an, les suffocations ont constitué la première cause de décès par AcVC, avec 25 décès, soit 58% des 43 décès par AcVC de causes connues à cet âge. Plus des deux tiers des décès sont survenus à partir de 75 ans. Le taux de mortalité a augmenté fortement à partir de 75 ans : 20,7/100 000 entre 75 et 84

ans et 90,2/100 000 chez les 85 ans et plus. Ces décès ont été très majoritairement liés à l'ingestion d'aliments provoquant l'obstruction des voies respiratoires (86%).

Noyades

Il y a eu 1 008 décès en 2006 par noyade accidentelle, soit 1,6/100 000, répartis en 709 hommes (2,3/100 000) et 299 femmes (0,9/100 000) ; sex-ratio = 2,4 et rapport hommes/femmes de taux de mortalité = 2,5. Chez les moins de 25 ans, il s'agissait de la première cause de décès par AcVC, avec 134 décès en 2006, soit 29% des causes connues (et 50 décès sur 167 par AcVC chez les moins de 5 ans). Après 45 ans, les taux étaient élevés, variant de 2,0/100 000 chez les 45-64 ans à 4,2/100 000 chez les 85 ans et plus.

Intoxications

Les intoxications ont provoqué 1 022 décès en 2006, soit 1,5/100 000, dont 532 hommes (1,8/100 000) et 490 femmes (1,2/100 000) ; sex-ratio = 1,1 et rapport hommes/femmes de taux de mortalité = 1,3. Pour près de la moitié, ces décès sont survenus chez des personnes âgées de 65 ans et plus. Chez les moins de 15 ans, les décès par intoxication ont été peu nombreux : aucun avant 1 an, 7 entre 1 et 4 ans et 8 entre 5 et 14 ans. Les taux de mortalité ont augmenté avec l'âge : 1,9/100 000 chez les 65-74 ans, 5,1/100 000 chez les 75-84 ans et 14,8/100 000

chez les 85 ans et plus. Plus de la moitié de ces intoxications a eu pour cause des médicaments (prises accidentelles ou erreurs de prescription), les autres étant dues à d'autres substances, dont les gaz.

Accidents causés par le feu

Les accidents par le feu ont entraîné 496 décès en 2006, soit 0,7/100 000, dont 278 hommes (0,9/100 000) et 218 femmes (0,6/100 000) ; sex-ratio = 1,3 et rapport hommes/femmes de taux de mortalité = 1,5. Près de la moitié des personnes décédées avait entre 25 et 64 ans. Mais les taux les plus élevés ont été trouvés chez les personnes de 45 ans et plus, avec des taux variant de 1,0/100 000 chez les 45-64 ans à 6,1/100 000 chez les 85 ans et plus. Sur les 496 décès causés par le feu, 287 avaient un code lésion parmi lesquels 53% de brûlures et 45% d'effets toxiques.

Autres accidents de la vie courante

Les autres AcVC, dont la cause était précisée, ont provoqué 650 décès en 2006, soit 0,96/100 000, dont 555 hommes (1,8/100 000) et 95 femmes (0,2/100 000) ; sex-ratio=5,8 et rapport hommes/femmes de taux de mortalité = 9,0. Les causes les plus fréquentes ont été les efforts excessifs et les faux mouvements (228 décès), les électrocutions (61 décès), les chocs accidentels (66 décès) et les piqûres-morsures (25 décès). Les autres AcVC, dont la cause n'était pas connue, ont été

Figure 1 Répartition des différents types d'accident de la vie courante selon l'âge, France métropolitaine, 2006 / Figure 1 Distribution of different types of home and leisure injuries, by age, mainland France, 2006

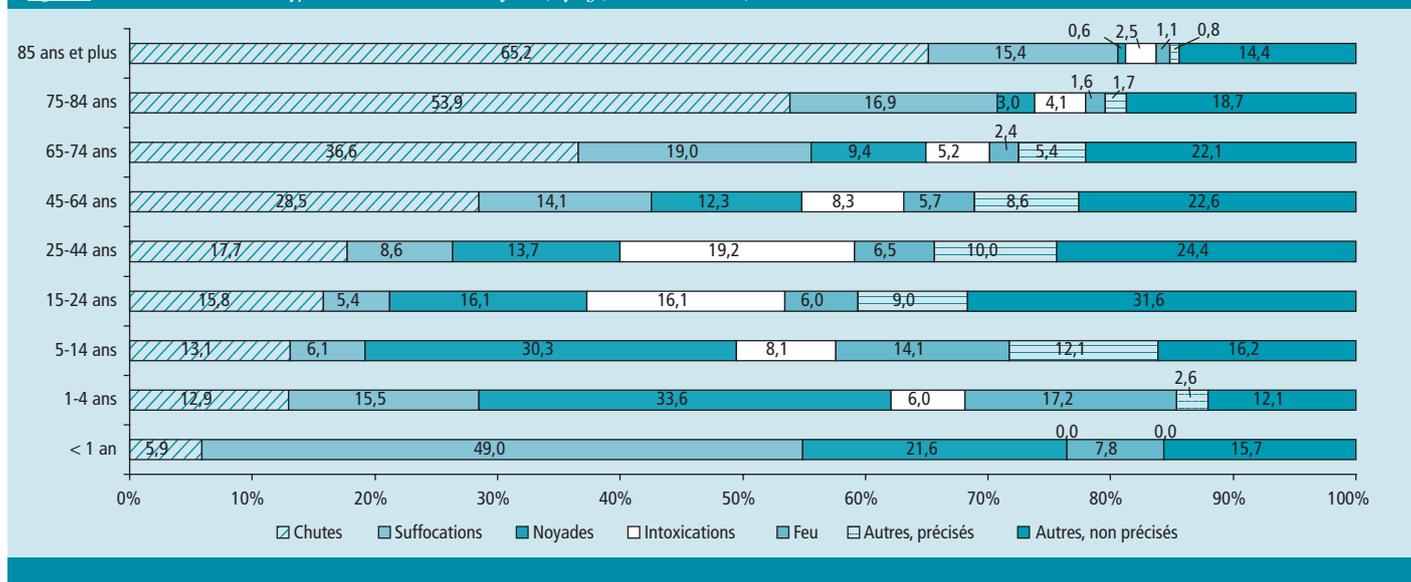


Tableau 4 Évolution des effectifs et taux de mortalité bruts par type d'accident de la vie courante (AcVC) de 2000 à 2006, chez les enfants, les adultes et les personnes âgées, taux pour 100 000 personnes, France métropolitaine / Table 4 Trends in numbers and crude death rates of home and leisure injuries, by injury type from 2000 to 2006, in children, adults and elderly, rates per 100,000 population, mainland France

	Chutes		Suffocations		Noyades		Intoxications		Feu		Autres, précisés		Autres, non précisés		Total AcVC	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	taux	N	Taux	N	Taux
0-14 ans																
2000	26	0,23	66	0,59	112	1,01	10	0,09	47	0,42	19	0,17	78	0,70	358	3,2
2001	46	0,41	62	0,56	110	0,99	10	0,09	51	0,46	26	0,23	81	0,73	386	3,5
2002	29	0,26	65	0,58	99	0,89	8	0,07	31	0,28	21	0,19	55	0,49	308	2,8
2003	37	0,33	71	0,63	122	1,09	7	0,06	28	0,25	17	0,15	46	0,41	328	2,9
2004	33	0,29	64	0,57	77	0,69	8	0,07	38	0,34	21	0,19	39	0,35	280	2,5
2005	32	0,28	55	0,49	70	0,62	10	0,09	35	0,31	9	0,08	50	0,45	261	2,3
2006	31	0,27	49	0,43	80	0,71	15	0,13	38	0,34	15	0,13	38	0,34	266	2,4
Variation 2004-2006/2000-2002 (%)		-6		-14		-30		17		-15		-32		-41		-24
15-64 ans																
2000	1 101	2,86	492	1,28	630	1,64	478	1,24	238	0,62	431	1,12	1 408	3,7	4 778	12,4
2001	1 142	2,95	527	1,36	667	1,72	348	0,90	214	0,55	393	1,02	1 452	3,8	4 743	12,3
2002	1 097	2,82	489	1,25	571	1,47	295	0,76	255	0,65	372	0,95	1 192	3,1	4 271	11,0
2003	1 106	2,82	476	1,21	660	1,68	426	1,09	267	0,68	364	0,93	1 148	2,9	4 447	11,3
2004	980	2,48	486	1,23	548	1,39	452	1,14	244	0,62	359	0,91	1 217	3,1	4 286	10,9
2005	1 022	2,57	472	1,19	503	1,27	548	1,38	289	0,73	348	0,88	1 104	2,8	4 286	10,8
2006	1 051	2,62	509	1,27	563	1,41	528	1,32	259	0,65	391	0,98	1 032	2,6	4 333	10,8
Variation 2004-2006/2000-2002 (%)		-11		-5		-16		33		9		-11		-19		-9
65 ans et plus																
2000	9 080	95,8	2 657	28,0	383	4,0	600	6,3	158	1,7	284	3,0	2 519	26,6	15 681	165
2001	8 987	93,6	2 333	24,3	343	3,6	580	6,0	173	1,8	290	3,0	2 660	27,7	15 366	160
2002	9 245	95,1	2 341	24,1	350	3,6	545	5,6	200	2,1	238	2,4	2 525	26,0	15 444	159
2003	9 393	95,6	2 292	23,3	394	4,0	568	5,8	219	2,2	255	2,6	2 491	25,3	15 612	159
2004	8 297	83,5	2 156	21,7	354	3,6	451	4,5	185	1,9	248	2,5	2 291	23,1	13 982	141
2005	8 525	85,0	2 215	22,1	360	3,6	458	4,6	204	2,0	217	2,2	2 505	25,0	14 484	144
2006	8 017	79,1	2 290	22,6	365	3,6	479	4,7	199	2,0	244	2,4	2 356	23,2	13 950	138
Variation 2004-2006/2000-2002 (%)		-13		-13		-4		-23		6		-16		-11		-13
Tous âges																
Variation 2004-2006/2000-2002 (%)		-11		-11		-13		-0,05		6		-13		-13		-11

responsables de 3 526 décès (4,7/100 000, 18,5% du total des décès par AcVC), dont 1 989 hommes (6,8/100 000) et 1 437 femmes (3,1/100 000) ; sex-ratio = 1,4 et rapport des taux = 2,2.

Évolution de la mortalité par accident de la vie courante entre 2000-2002 et 2004-2006

Globalement, le taux de mortalité par AcVC a diminué de 11% entre 2000-2002 et 2004-2006 (Chi2 de tendance significatif, p<0,0001) (tableau 4). L'évolution a été très différente selon l'âge. La diminution des taux de mortalité a été la plus forte chez les enfants de moins de 15 ans : -24%, puis chez les 65 ans et plus : -13%, et la plus faible chez les 15-64 ans : -9%, (Chi2 de tendance significatifs, p<0,0001) (figure 2). Cette évolution a également été plus ou moins importante selon le type d'accident (tableau 4). Ainsi, les décès par noyade (-13%), par chute (-11%) et par suffocation (-11%) ont plus fortement diminué que les autres accidents (hormis pour ceux dont la cause n'est pas précisée : -13%). Chez les enfants de moins de 15 ans, on a trouvé une baisse pour les noyades (-30%), pour les accidents par le feu (-15%), pour les suffocations (-14%). Chez les 15-64 ans, on a observé une baisse de 16% pour les noyades et de 11% pour les chutes, mais une augmentation de 30% des intoxications. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, on a relevé une diminution importante pour les intoxications (-23%) et pour les suffocations (-13%), en revanche, les accidents par le feu ont un peu augmenté (+6%).

Discussion

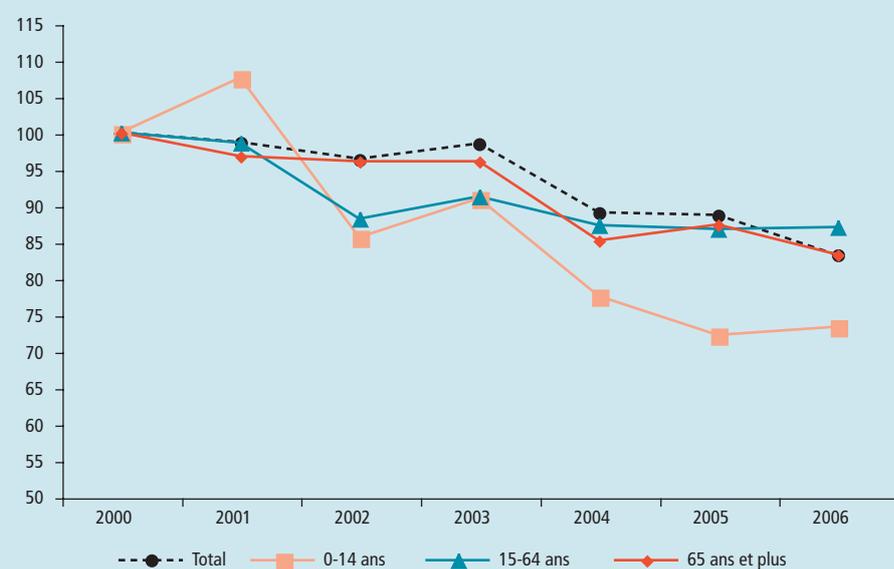
Les principales limites de ces résultats proviennent de la précision de la certification et des

difficultés liées au codage des causes de décès par traumatisme. En particulier, le caractère accidentel ou intentionnel du traumatisme n'est pas toujours précisé sur le certificat de décès. Les noyades et les intoxications sans indication de l'intentionnalité ont été codées comme accidentelles depuis 2000, ce qui entraîne probablement une surestimation de ces accidents. Le manque de précision des certificats de décès sur le type d'accident, pour près d'un AcVC sur cinq, induit une sous-estimation des différents types d'AcVC. Les circonstances de l'accident (lieu de survenue,

activité pratiquée, produit en cause) ne sont pas renseignées. Les accidents du travail n'ont pas pu être différenciés des accidents de la vie courante. Ils sont donc inclus (hors accidents du travail dus à un accident de la circulation) dans ces résultats, ce qui correspond probablement à quelques centaines de décès.

Chez les enfants de 1 à 14 ans, les AcVC sont la première cause de décès. Il en est de même en Europe et dans les pays industrialisés [6-8]. Chez les personnes âgées, les AcVC sont une cause

Figure 2. Ratio par rapport à l'année 2000 du taux de mortalité standardisé par accident de la vie courante selon l'âge, 2000 à 2006, France métropolitaine / Figure 2 Trends in standardised death rates of home and leisure injuries, by age, from 2000 to 2006, mainland France



importante de décès, comme dans les autres pays européens [9,10] ou aux États-Unis [11].

Selon certaines études, le taux de mortalité standardisé par accident (hors circulation routière) sur la population européenne serait plus élevé en France (24/100 000) que dans l'ensemble des pays de l'Union européenne (EU-25 : 18/100 000) [12]. Cet écart peut résulter de différences de certification et de codage entre pays européens. Cette hypothèse a constitué le fil conducteur du projet Anamort d'analyse comparative des données de mortalité par traumatisme en Europe [13,14].

Avec les réserves méthodologiques exposées, ces données montrent que les décès par AcVC ont un peu diminué entre 2000 et 2006, au taux annuel moyen de -2,6% sur cette période. Toutefois, cette baisse varie selon l'âge, et elle est surtout due à la diminution marquée entre 2003 et 2004 (figure 2). Cette diminution a été plus importante chez les enfants, notamment pour les noyades et pour les suffocations, peut-être grâce aux campagnes de prévention et à la réglementation sur les produits pour enfants. Chez les personnes âgées, une baisse assez importante est relevée pour les intoxications, les chutes et les suffocations, dont il est difficile de savoir s'il s'agit d'une baisse réelle ou d'une évolution de codage. Ces évolutions, plutôt favorables, demandent à être confirmées. Chez les adultes de 25-64 ans, la baisse est moins importante.

Compte tenu de leur mortalité et de leur morbidité, les AcVC restent un problème de santé

publique majeur. Tous les âges sont concernés, les hommes étant néanmoins plus souvent touchés que les femmes. On pointe le plus souvent deux tranches d'âges : d'une part, les enfants (266 décès en 2006), car il est particulièrement inacceptable de perdre la vie à cet âge à cause d'un AcVC - un objectif de la loi de santé publique de 2004 était de réduire de moitié ce nombre d'ici 2008 [15,16] ; d'autre part, les personnes âgées qui constituent la grande majorité des décès par AcVC, survenus souvent après une chute. La prévention des AcVC sous toutes ses formes doit être maintenue et renforcée pour que personne ne puisse décéder d'un accident évitable.

Références

- [1] Thélot B. Les accidents de la vie courante : un problème majeur de santé publique. Bull Epidémiol Hebd. 2004;19-20:74-5.
- [2] Statistiques des causes médicales de décès. Inserm, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), 2006 <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr>
- [3] International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision. Geneva (Switzerland) : World Health Organization, 1992.
- [4] Ermanel C, Thélot B, Jouglu E, Pavillon G. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2004. Bull Epidémiol Hebd. 2007;37-38:318-22.
- [5] Thélot B, Ermanel C, Jouglu E, Pavillon G. Classification internationale des maladies : listes de référence pour l'analyse des causes de décès par traumatisme en France. Bull Epidémiol Hebd. 2006;42:323-8.
- [6] Zimmermann N, Bauer R. Injuries in the European Union. Statistics summary 2002-2004. Vienne (Autriche), juin 2006.

[7] Rogmans W. Les accidents domestiques et de loisirs des jeunes de moins de 25 ans dans l'Union Européenne : défis pour demain. Santé Publique 2000;12(3):283-98.

[8] Nagaraja J, Menkedick J, Phelan KJ, Ashley P, Zhang X, Lanphear BP. Deaths from residential injuries in US children and adolescents, 1985-1997. Pediatrics 2005;116(2):454-61.

[9] Gulliver P, Dow N, Simpson J. The epidemiology of home injuries to children under five years in New Zealand. Aust N Z J Public Health 2005;29(1):29-34.

[10] Ellsasser G, Berfenstam R. International comparisons of child injuries and prevention programs: recommendations for an improved prevention program in Germany. Inj Prev. 2000;6(1):41-5.

[11] Mulder S, Blankendaal F, Vriend I, Schoots W, Bouter L. Epidemiological data and ranking home and leisure accidents for priority-setting. Accid Anal Prev. 2002;34(5):695-702.

[12] Farchi S, Rossi PG, Chini F, Camilloni L, Di Giorgio M, Guasticchi G, et al. Unintentional home injuries reported by an emergency-based surveillance system: Incidence, hospitalisation rate and mortality. Accid Anal Prev. 2006;38(5):843-53.

[13] Runyan CW, Casteel C, Perks D, Black C, Marshall SW, Johnson RM, et al. Unintentional injuries in the home in the United States. Part I: mortality. Am J Prev Med. 2005;28(1):73-9.

[14] Belanger F, Ung AB, et al. Analyse de la mortalité par traumatisme en Europe. Projet Anamort. Rapport d'activité final. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2008; 16 p. <http://www.invs.sante.fr/publications/2008/anamort/index.html>

[15] Journal officiel de la République Française, Texte 4 sur 94. Loi relative à la politique de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004.

[16] Danet S, Haury B. L'état de santé de la population en France - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique - Rapport 2008. Paris : Drees, 2008:236-7.

Biais de déclaration du poids et de la taille chez les adultes en France : effets sur l'estimation des prévalences du surpoids et de l'obésité

Chantal Julia, Benoît Salanave, Katia Binard, Valérie Deschamps, Michel Vernay, Katia Castetbon (katia.castetbon@univ-paris13.fr)

Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle, Institut de veille sanitaire, Université Paris 13, Bobigny, France

Résumé / Abstract

Introduction - Notre objectif était d'estimer les écarts entre données anthropométriques déclarées et mesurées dans un échantillon national d'adultes et d'en évaluer les conséquences pour l'estimation des prévalences de surpoids et d'obésité.

Méthodes - Les données anthropométriques déclarées et mesurées ont été recueillies chez 629 sujets inclus dans l'Étude nationale nutrition santé (ENNS). Les écarts moyens de poids, taille et indice de masse corporelle (IMC) ont été testés par rapport à zéro. La concordance, entre les données déclarées et mesurées, de la classification dans les classes d'IMC d'obésité ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) et de surpoids, obésité incluse ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) a été testée.

Résultats - L'écart moyen entre les données déclarées et mesurées était de $-1,05 \text{ kg}$ ($SE=0,10$, $p < 10^{-3}$) pour le poids, de $0,79 \text{ cm}$ ($SE=0,07$, $p < 10^{-3}$) pour la taille et de $-0,63 \text{ kg/m}^2$ ($SE=0,05$, $p < 10^{-3}$) pour l'IMC. Les prévalences de surpoids, obésité incluse, et d'obésité étaient significativement différentes entre les données déclarées et mesurées (43,1% vs 48,5%; $p < 10^{-3}$ pour le surpoids, obésité incluse; 11,1% vs 14,9%; $p < 10^{-3}$ pour l'obésité).

Conclusion - Nos résultats confirment une sous-déclaration du poids et une sur-déclaration de la taille en population générale en France, conduisant à une sous-estimation de la prévalence de surpoids, obésité incluse, et d'obésité.

Mots clés / Key words

Poids, taille, données déclaratives, prévalence, surpoids, obésité / Weight, height, declared anthropometric data, prevalence, overweight, obesity

Bias in reporting weight and height among adults in France: impact on assessment of overweight and obesity prevalence

Introduction - Our objective was to assess the difference between measured and declared anthropometric data in a national sample of French adults and the impact of this difference on the estimation of overweight and obesity prevalence.

Methods - Declared and measured anthropometric data were collected in 629 subjects included in the National Nutrition and Health Survey (ENNS). The mean differences between declared and measured weight, height and body mass index (BMI) were compared to zero. The concordance, according to declared or measured data, of the classification into obese ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) and overweight, obesity included ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) categories was tested.

Results - The mean difference between declared and measured data was -1.05 kg for weight ($SE=0.10$, $p < 10^{-3}$), 0.79 cm ($SE=0.07$, $p < 10^{-3}$) for height, and -0.63 kg/m^2 ($SE=0.05$, $p < 10^{-3}$) for BMI. The prevalence of overweight, obesity included, and obesity was significantly different between declared and measured data (43.1% vs. 48.5%; $p < 10^{-3}$ for overweight, obesity included; 11.1% vs. 14.9%; $p < 10^{-3}$ for obesity).

Conclusion - Our results show an underreporting of weight and an overreporting of height in the general population in France, leading to a significant underestimation of the prevalence of overweight, obesity included and obesity.