

DISCUSSION

Les statistiques de mortalité par accident de la vie courante présentées dans cet article présentent quelques limites dont il faut tenir compte. Elles ont été établies en conservant la même sélection de codes de la CIM 9 que celle utilisée par la Direction générale de la santé les années précédentes afin de rester homogène par rapports aux travaux précédents [2,3]. Cependant certains accidents, comme les accidents provoqués par des agents physiques naturels ou des facteurs du milieu (E900 à E909 : accidents causés par des animaux, des plantes vénéneuses, la foudre...) ne font pas partie de cette sélection, alors qu'ils devraient être inclus dans les statistiques d'accidents de la vie courante. La CIM 9 ne permet pas de différencier les accidents de la vie courante des accidents du travail ; ces derniers n'ont donc pas pu être exclus complètement de ces résultats. Les traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention sont exclus de ces statistiques alors qu'il s'agit probablement pour une partie d'accidents de la vie courante.

Les accidents de la vie courante constituent une des premières causes de mortalité chez les enfants. Beaucoup trop d'enfants décèdent suite à un accident qui aurait pu être évité. Depuis les années 1980, la mortalité par accidents de la vie courante a diminué de manière importante chez les enfants. En particulier, les décès accidentels d'enfants par suffocation ont fortement baissé probablement grâce à la lutte contre la mort subite du nourrisson. Cette diminution globale apparaît clairement liée aux nombreuses campagnes d'information et d'éducation sur les risques domestiques ainsi qu'aux nouvelles réglementations mises en place ces dernières années sur les produits pour les enfants (jouets, matériel de puériculture). Cependant la France se situe parmi les pays d'Europe ayant les taux de mortalité accidentelle les plus élevés, avec des niveaux presque deux fois supérieurs à ceux observés dans les pays du nord de l'Europe [4]. Des programmes d'information et de prévention, qui ont démontré leur efficacité comme l'expérience réalisée à Boulogne-Billancourt impliquant les services de la Protection maternelle et infantile, seraient à développer auprès des parents de jeunes enfants [5].

La mortalité par accidents de la vie courante est très élevée chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Contrairement aux autres tranches d'âge, bien que le taux de mortalité ait diminué entre 1982 et 1999, le nombre de décès par accidents de la vie courante est en augmentation. Ceci est lié en partie à l'importante augmentation des effectifs des plus de 65 ans qui sont passés de 7,3 millions en 1982 à 9,5 millions en 1999, soit une augmentation d'environ 30 %. Les chutes sont les accidents les plus fréquents. Le taux de mortalité par chute accidentelle en France est un des plus élevés des pays européens. Les troubles de la vision et de l'équilibre, l'isolement, un habitat peu adapté sont des facteurs de risque de chute chez le sujet âgé.

Mais aussi, la fragilisation des os, particulièrement chez la femme âgée expose à un risque accru de fracture. Les décès par suffocation accidentelle ont fortement augmenté entre 1982 et 1999, avec presque trois fois plus de décès chez les plus de 65 ans. Les maladies du système nerveux comme la démence, les troubles mentaux et les maladies vasculaires cérébrales augmentent le risque de suffocation accidentelle chez la personne âgée. Le nombre de décès par intoxication accidentelle a plus que doublé entre 1982 et 1999 dans ce groupe d'âge. Cette augmentation est surtout due aux intoxications médicamenteuses. Une consommation médicamenteuse importante parmi les personnes âgées favorise les risques de surdosage et les erreurs d'administration responsables de ce type d'accident.

CONCLUSION

Les décès par accident de la vie courante sont nombreux en France : près de 20 000 chaque année. Dans tous les pays européens, les AcVC sont aussi une cause majeure de mortalité [6]. Pour les prochaines années, la tendance est à la hausse, compte tenu de l'augmentation à venir du nombre et de la proportion de personnes âgées dans la population. Certes, des progrès incontestables ont été accomplis depuis le début des années 1980, surtout chez les enfants, qui se traduisent par le gain de plusieurs milliers de vie chaque année. Il reste cependant beaucoup à faire, comme en témoigne le rang médiocre occupé dans ce domaine par la France dans l'Union européenne. Des études spécifiques de la mortalité par type d'accident, comme les suffocations ou les intoxications, sont à mener afin de mieux connaître les circonstances de survenue de ces accidents et ainsi pouvoir les prévenir. Bien que le chiffrage en soit difficile, il est certain que plusieurs milliers de décès pourraient être évités chaque année dans notre pays par des mesures de prévention et de réglementation adaptées.

RÉFÉRENCES

- [1] Statistiques des causes médicales de décès, CépiDc, Inserm. <http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080>.
- [2] Duval C, Salomon L. Les accidents de la vie courante. La documentation française, Paris, 1997.
- [3] La santé en chiffres. Les accidents de la vie courante. CnamTS, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, COAC, CFES, 2000.
- [4] WHO Mortality Database. WHO Statistical Information System. World Health Organization. <http://www3.who.int/whosis>.
- [5] Sznajder M, Leduc F, Janvrin MP, Bonnin MH, Aegerter P, Baudier F, Chevallier B. Home delivery of an injury prevention kit for children in four French cities : a controlled randomized trial. *Inj Prev* 2003; 9: 261-5.
- [6] Krug E. Injury: a leading cause of the global burden of disease. Geneva, World Health Organization, 1999.

Enquête permanente sur les accidents de la vie courante : épidémiologie descriptive 1999-2001

Bertrand Thélot, Cécile Ricard, Céline Ermanel

Correspondants des hôpitaux du réseau Epac (Enquête permanente sur les accidents de la vie courante)
à Annecy, Besançon, Béthune, Bordeaux, Limoges, Reims, Vannes

INTRODUCTION

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont très nombreux et constituent un problème majeur de santé publique. A côté des 20 000 décès annuels, les AcVC sont à l'origine de plusieurs millions de recours aux soins médicaux chaque année en France, entraînant de très nombreuses hospitalisations et des coûts de prise en charge considérables [1]. Du point de vue de la santé publique, la majeure partie des accidents pourraient et devraient être évités par des mesures de prévention adaptées reposant sur une bonne connaissance épidémiologique de leur survenue. Cette connaissance épidémiologique est fournie notamment par l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac).

MÉTHODE

L'enquête Epac est l'extension française du recueil européen EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System) implanté dans les années 1980 dans plusieurs pays européens. Le principe de cette enquête repose sur l'enregistre-

ment exhaustif des recours aux urgences pour accident de la vie courante dans certains hôpitaux, avec des données concernant la personne accidentée (âge, sexe, résidence), sa prise en charge (date et heure d'arrivée aux urgences, traitement, hospitalisation éventuelle), les caractéristiques de l'accident (mécanisme, lieu, activité, type de lésion, partie lésée), les produits (agents, éléments) ayant causé ou étant impliqués dans l'accident. Enfin, une courte description de l'accident est enregistrée en texte libre. Les hôpitaux qui participent à ce réseau de collecte sont volontaires ; ils reçoivent une subvention pour le recueil des données.

En France, cette enquête existe depuis 1986. Entre 1999 et 2001, années présentées dans cette étude, plus de 140 000 AcVC ont été enregistrés dans les services d'urgence de sept hôpitaux, à Annecy, Besançon, Béthune, Bordeaux, Limoges, Reims et Vannes. Compte tenu des imperfections du recueil, seuls des résultats de proportions entre catégories peuvent être présentés : répartition par âge et par sexe des AcVC, répartition par types d'activités, par lésions, etc.

RÉSULTATS

Répartition des accidents selon l'âge, le sexe, la date

La fréquence des accidents décroît avec l'âge, jusqu'à 70 ans environ, et augmente au-delà. Cette augmentation est plus forte chez les femmes, probablement à cause de leur surreprésentation en population générale. La surreprésentation masculine marquée jusqu'à 65 ans se traduit par des valeurs du sex ratio Homme/Femme comprises entre 1,2 et 1,9. La répartition mensuelle des recours aux urgences pour AcVC est hétérogène : on retrouve significativement plus de recours au printemps ($p < 10^{-4}$), en particulier en mai. La répartition horaire est celle de l'activité des services d'urgence ayant participé au recueil : une activité soutenue à partir de 9 heures du matin, un maximum en fin d'après-midi et jusque vers 10 heures du soir, peu de recours entre minuit et 7 heures du matin.

Lieu de survenue des accidents

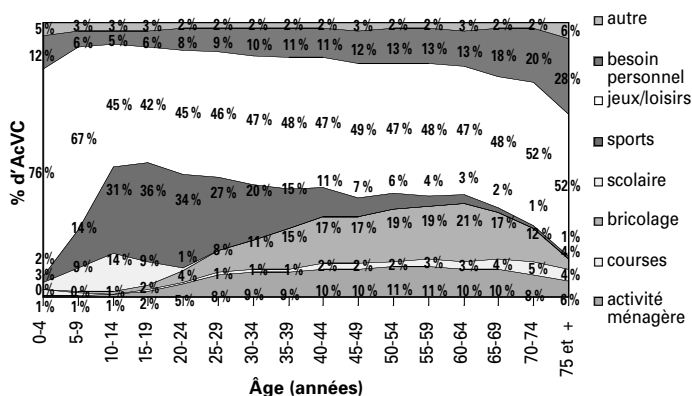
Les AcVC surviennent principalement à l'intérieur de la maison (39 %). Chez les enfants de moins de 15 ans, le lieu est indépendant du sexe, il s'agit le plus souvent de l'intérieur de la maison. Au-delà de cet âge, on constate une répartition inégale des lieux en fonction du sexe. De 15 à 34 ans, les hommes ont plus d'AcVC sur les aires de sport et de jeux. À partir de 35 ans la part des AcVC survenus à l'extérieur de la maison augmente chez les hommes. Chez les femmes, l'intérieur de la maison est le principal lieu de survenue des AcVC. Il représente près de la moitié des accidents dès l'âge de 20 ans. Cette proportion augmente avec l'âge et finit par représenter deux AcVC sur trois à 75 ans et au-delà.

Activité au moment des accidents

Les « jeux et loisirs » représentent plus de la moitié (53 %) des activités au moment où surviennent les AcVC. Cette proportion est indépendante du sexe (52 % pour les hommes et 55 % pour les femmes). Viennent ensuite les accidents lors de la pratique sportive (19 %), lors des « besoins personnels » (10 %), puis en cas de bricolage ou en milieu scolaire (5 % chacun) et lors d'activité ménagère (3 %). On observe une surreprésentation masculine dans les activités de bricolage (86 % d'AcVC chez les hommes, sex ratio 6) et de sport (72 %, sex ratio 2,6) et une surreprésentation féminine dans les activités dites de « besoins personnels » (47 % d'AcVC chez les hommes, sex ratio 0,9) et lors d'activité ménagère (35 %, sex ratio 0,5), (figure 1).

Figure 1

Répartition des AcVC par activité au moment de l'accident, selon l'âge, Epac, 1999-2001



Les jeux et loisirs sont très fréquents pendant la petite enfance (plus de deux AcVC sur trois). Ils diminuent par la suite mais restent quel que soit l'âge une circonstance fréquente lors de la survenue d'un AcVC (un sur deux). Les accidents en milieu scolaire représentent entre 9 % et 14 % des AcVC de 5 à 20 ans, les accidents liés au sport sont fréquents surtout entre 10 et 40 ans, ils représentent plus d'un AcVC sur trois entre 15 et 25 ans. À partir de 25 ans, les AcVC sont souvent liés aux activités ménagères (surtout chez les femmes) et au bricolage (surtout chez les hommes).

Mécanisme des accidents

Les chutes constituent de loin le mécanisme le plus fréquent à l'origine d'un AcVC (53 %). Viennent ensuite les coups/collisions et les « contacts/corps étranger » (16 % chacun) avant les « déformations/effort » (11 %). Cette répartition des mécanismes d'AcVC est la même chez les hommes et les femmes. Le pourcentage de chutes diminue jusqu'à l'âge de 25-30 ans puis augmente au-delà. Les chutes concernent notamment les enfants

(60 % des AcVC en-dessous de 10 ans) et les personnes âgées (89 % des AcVC à 75 ans et plus). Les coups/collisions représentent près d'un AcVC sur cinq avant 30 ans.

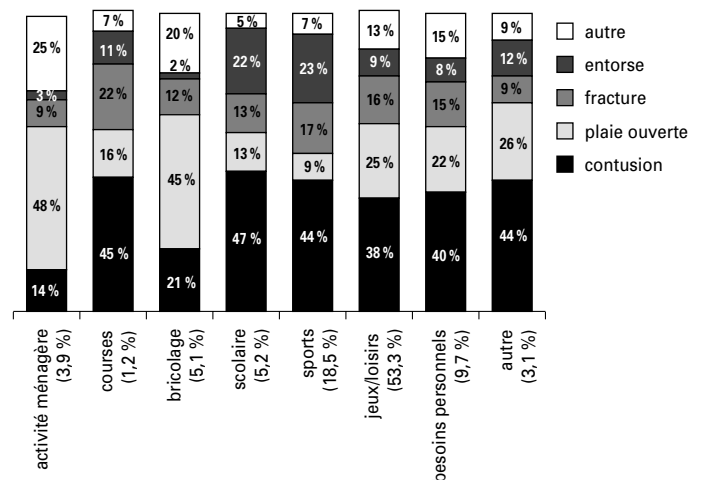
Lésions résultant des accidents

Les contusions constituent les principales lésions lors d'un AcVC (39 % des lésions), suivies par les plaies ouvertes (23 %), les fractures (15 %) et les entorses (11 %). Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes concernant la répartition des lésions.

Seulement 14 % des AcVC survenus lors d'activités ménagères et 21 % survenus lors de bricolage sont des contusions. Pour ces deux activités, les plaies ouvertes sont très fréquentes : respectivement 48 % et 45 % des AcVC. Les fractures sont plus fréquentes dans les cas d'accidents survenus au moment des courses (22 % des cas), lors de pratique sportive (17 %), d'activités de jeux ou de loisirs (16 %). Les entorses surviennent plus fréquemment en milieu scolaire (22 % des AcVC) ou lors de pratique sportive (23 %), (figure 2).

Figure 2

Répartition des AcVC par lésion, selon l'activité, Epac, 1999-2001



Les contusions sont fréquentes chez l'enfant et l'adulte jeune (environ 40 % des AcVC avant 25 ans), puis diminuent ensuite. Les plaies ouvertes représentent plus de 30 % des AcVC avant 10 ans, elles sont moins fréquentes entre 10 et 20 ans (14 %) et représentent au-delà de 20 ans, environ le quart des AcVC. Les fractures sont rares aux très bas âges (7 % des AcVC en dessous de 5 ans), elles augmentent ensuite pour représenter finalement 40 % des AcVC à partir de 75 ans. Les entorses sont surtout fréquentes entre 10 et 30 ans (entre 15 % et 20 % des AcVC).

Parties lésées lors des accidents

Les lésions concernent surtout le membre supérieur (34 %), puis le membre inférieur et la tête (27 % chacun) et le tronc (10 %). La répartition des lésions selon les parties du corps est la même chez les hommes et les femmes.

Les contusions sont les plus fréquentes des lésions, mais dans des proportions variables selon la partie lésée : 32 % des AcVC touchant le membre supérieur, 38 % le membre inférieur, 43 % la tête et 52 % le tronc. À côté des contusions, le membre supérieur est surtout le siège de plaies ouvertes et de fractures (24 % chacun) ; le membre inférieur subit des entorses (29 %) et des fractures (14 %) ; la tête des plaies ouvertes (45 %) ; le tronc des fractures (24 %), (figure 3).

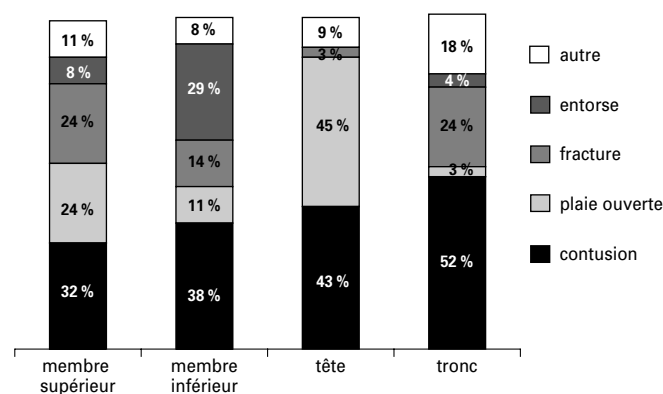
Chez les enfants, la partie la plus souvent touchée est la tête (61 % pour les enfants de 0 à 5 ans, 38 % pour les enfants de 5 à 9 ans), puis le membre supérieur (20 % de 0 à 5 ans, 33 % de 5 à 9 ans). Chez les adolescents et les adultes, la répartition des parties lésées varie peu : les lésions des membres inférieurs représentent 38 % des AcVC à 20 ans et 25 % à 60 ans. Au-delà de 60 ans, le tronc et la tête sont plus souvent atteints (respectivement 29 % et 26 % des AcVC à partir de 75 ans).

Prise en charge, traitement, hospitalisation

Près de la moitié des AcVC (44 %) sont bénins, au sens où ils sont simplement suivis d'un retour à domicile après leur accueil aux urgences (qu'il y ait eu ou non traitement aux urgences). Une proportion équivalente (45 %) fait l'objet d'un traitement avec suivi ultérieur. Le complément, 11 %, donne lieu à une

Figure 3

Répartition des AcVC par lésion, selon la partie du corps lésée, Epac, 1999-2001

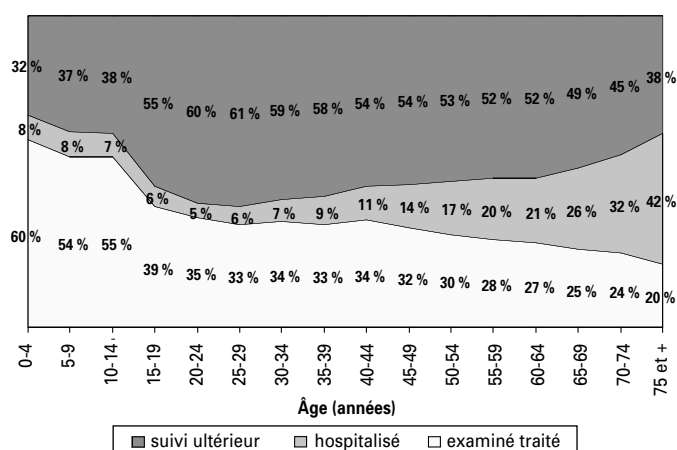


hospitalisation après passage aux urgences. Les proportions de ces différentes modalités de prise en charge sont indépendantes du sexe de l'accidenté.

Le taux d'hospitalisation est de 8 % des accidentés au-dessous de 10 ans, il décroît d'abord avec l'âge jusqu'à 5 % entre 20 et 24 ans, puis augmente pour atteindre 42 % des accidentés de 75 ans et plus, (figure 4).

Figure 4

Répartition des AcVC par modalité du traitement, selon l'âge, Epac, 1999-2001



La durée moyenne d'hospitalisation est de 5,5 jours. Cette moyenne résulte d'un grand déséquilibre entre de nombreux séjours hospitaliers très courts (39 % des hospitalisations durent 0 ou 1 jour et 17 % 2 jours) et un petit nombre de séjours très longs (16 % des durées de séjours hospitaliers excèdent 10 jours, dont 3 % excèdent 25 jours). La durée moyenne d'hospitalisation croît avec l'âge : inférieure à 4 jours jusqu'à 25 ans, comprise entre 4 et 8 jours pour les 25-65 ans puis supérieure à 8 jours pour les personnes âgées. Ces durées ne sont pas significativement différentes selon le sexe.

DISCUSSION

Compte tenu de probables défauts d'exhaustivité, variables d'un hôpital à l'autre ou d'une période à l'autre, les résultats n'ont pu être établis que sous l'hypothèse que les données manquantes sont de même structure que celles qui ont été collectées.

Si le manque d'exhaustivité a également interdit d'extrapoler les résultats en population, ceux-ci restent valides sur les zones d'attraction des hôpitaux ayant participé à Epac. Ils sont comparables à ceux qui étaient tirés de cette enquête dans les années 1990 [2] et sont tout à fait cohérents avec ceux qui proviennent d'autres sources, comme, en France, ceux des enquêtes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés [3,4]. Mais surtout, ces résultats sont également très proches de ceux qui ont été établis à l'étranger à partir de recueils du même type qu'Epac ayant fait l'objet de vérifications

systématiques d'exhaustivité et de fiabilité [5,6]. On ne peut pousser plus loin la comparaison dans la mesure où les sources sont relativement rares dans le domaine.

On peut aussi rappeler qu'Epac ne concerne qu'une partie des AcVC, ceux qui ont recours au système hospitalier. Echappent à cette enquête, d'une part, les AcVC les plus graves qui se terminent d'emblée par un décès et ne passent pas par l'hôpital, d'autre part, les AcVC, souvent moins graves, qui sont pris en charge en médecine de ville. Ces accidents doivent être étudiés par des enquêtes en population générale ou des investigations ad hoc (enquêtes spécifiques, travaux sur les causes de décès, analyses d'activité, enquêtes auprès des médecins de ville, réseaux sentinelles).

CONCLUSION

Etant donnée la rareté des sources de données épidémiologiques sur les AcVC en France, l'enquête Epac constitue une source d'information précieuse qui, jusqu'à présent, n'a pas d'équivalent. Elle permet de répondre à une multitude de demandes d'informations, orientées sur les circonstances de survenue des accidents, sur les produits en cause, sur les lieux, etc. et présentées par les administrations, les associations, les journalistes, les particuliers, etc.

Le fait que les résultats fournis par Epac restent généraux et descriptifs conduit à mettre en place, pour les compléter, des enquêtes thématiques ou analytiques. Les enquêtes thématiques sont centrées sur certaines causes particulières d'accidents : les noyades, les brûlures, etc. Les enquêtes analytiques sont destinées à déterminer les circonstances et facteurs de risques précis de certaines causes accidentelles. Il y a lieu aussi de mettre en place des enquêtes sur les séquelles d'accidents de la vie courante, qui ont fait l'objet de très peu de publications [7].

L'amélioration du recueil Epac a conduit à mettre en place des analyses d'exhaustivité et de qualité de collecte des données. Réalisées à partir des données collectées en 2002, elles ont permis d'homogénéiser les pratiques de collecte entre les hôpitaux du réseau, de chiffrer et d'améliorer l'exhaustivité. Une bonne exhaustivité constitue un préalable à l'établissement d'extrapolations en population. Celles-ci peuvent être réalisées, sous certaines hypothèses, en utilisant comme dénominateur les hospitalisations pour traumatisme connues par le programme de médicalisation du système d'information [8].

REMERCIEMENTS

Les résultats présentés dans cet article ont été établis à partir des données transmises par les centres hospitaliers du réseau Epac. Ont notamment contribué à cette collecte : Pr. D. Aubert, Dr. M. Buffet, M. Colin, C. Dewimille, Dr. J.-B. Driencourt, Dr. F. Dufosse, A.-M. Fabretti, S. Gresiak, I. Jacquet, Dr. D. Jan, I. Leclanche, M. Le Gurudec, J. Michel, M.-F. Morgan, Pr. D. Mouliès, T. Pietruschka, M.-C. Poirier, O. Saint-Pau.

M. Nectoux et J.-P. Darlot (Université Paris V) ont constitué la base de données. M. Boucasse, S. Boyer et C. Ricard ont contribué au traitement des données.

RÉFÉRENCES

- [1] Guez M, Mouquet MC. Une hospitalisation sur huit est due à un accident en 1993 dans les services de soins de courte durée. Informations rapides, Sesi, juin 1997, n° 90.
- [2] Duval C, Salomon L. Les accidents de la vie courante. La documentation française, Paris, 1997.
- [3] Bazile S, Berton E, Garry F, Pierre-Louis J. Enquête sur les accidents de la vie courante. Résultats 1987 à 1994. Dossier études statistiques n° 38, CnamTS, Paris, 1997.
- [4] La santé en chiffres. Les accidents de la vie courante. CnamTS, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, COAC, CFES, 2000.
- [5] Mulder S, Bloemhoff A, Harris S, van Kampen LTB, Schoots W. Injuries in The Netherlands. A survey. European J Public Health 1998; 8, 2: 127-132.
- [6] Annual Report to Congress. United States Consumer Product Safety Commission. Site Internet : <http://www.cpsc.gov/cpscpub/pubs/reportarch.html>.
- [7] Barker M, Power C, Roberts I. Injuries and the risk of disability in teenagers and young adults. Arch Dis Child 1996; 75: 156-8.
- [8] Boyer S, Thélot B. Etude de la représentativité de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac). Poster. Congrès des ORS, Clermont-Ferrand, 15-16 mai 2003.