

Références

[1] Direction générale de la santé. Circulaire n° DGD/5C/2006/458 du 23 octobre 2006 relatif à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque.

[2] Taha MK. Simultaneous approach for nonculture PCR-based identification and serogroup prediction of *Neisseria meningitidis*. *J Clin Microbiol.* 2000 ; 38 :855-7.

[3] Perrocheau A. La surveillance des infections invasives à méningocoques en France en 2000 : évaluation quantitative

par la méthode capture-recapture à 3 sources. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006.

http://www.invs.sante.fr/publications/2006/iim_france_2000/index.html

[4] Levy C, Bingen E, Aujard Y, Boucherat M, Floret D, Gendrel D, et al. Observatoire national des méningites bactériennes de l'enfant en France : résultats de 7 années d'étude. *Arch Pediatr.* 2008 ;15 Suppl 3 :S99-S104.

[5] Parent du Châtelet I, Taha MK, Lepoutre A, Lévy-Bruhl D. Les infections invasives à méningocoques en France en 2007. *Bull Epidemiol Hebd.* 2008 ; 51-52 :498-503.

[6] Smith I, Caugant DA, Høiby EA, Wentzel-Larsen T, Halstensen A. High case-fatality rates of meningococcal disease in Western Norway caused by serogroup C strains belonging to both sequence type (ST)-32 and ST-11 complexes, 1985-2002. *Epidemiol Infect.* 2006 ;134(6) :1195-202.

[7] Zaranonelli ML, Lancellotti M, Deghmane AE, Giorgini D, Hong E, Ruckly C, et al. Hyperinvasive genotypes of *Neisseria meningitidis* in France. *Clin Microbiol Infect.* 2008 ;14(5) :467-72.

Mortalité par accidents de la vie courante, île de La Réunion 2000-2004

Pierre Rouffet (pierre.rouffet@ch-gmartin.fr)¹, Rachid Dekkak¹, Jean Louis Solet², Bertrand Thélot³, Philippe Morbidelli¹, Thomas Bastard¹, Elisabeth Jaffres¹, Sébastien Mage¹, Cécile Ricard³

1/ Centre hospitalier Gabriel Martin, Service des urgences, Saint-Paul de La Réunion, France

2/ Cellule interrégionale d'épidémiologie, Institut de veille sanitaire La Réunion-Mayotte, France

3/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Introduction - L'objectif principal de ce travail était de décrire, pour la première fois, la situation de la mortalité par accidents de la vie courante (AcVC) à La Réunion à partir des données de mortalité du CépiDC de l'Inserm pour les années 2000 à 2004. L'objectif secondaire était de comparer les données avec celles de la France métropolitaine.

Méthodes - Les données ont été extraites de la base du CépiDC. Les résultats ont été établis à partir de la liste « accidents » issue des causes externes de traumatismes de la classification internationale des maladies Cim-10, 10^e révision, exprimés en effectifs, en taux brut sur la population de La Réunion en 2002 et en taux standardisé sur l'âge.

Résultats - Entre 2000 et 2004, on a dénombré 736 AcVC sur l'île de La Réunion (taux annuel moyen standardisé 30,5). Une surmortalité masculine a été trouvée : 37,2/100 000 contre 24,2/100 000 pour les femmes ; (rapport de taux : 1,5.)

Les taux ont augmenté de façon importante avec l'âge à partir d'un an, mais près de la moitié des décès a touché la tranche d'âge majoritaire des 25-64 ans. Les chutes (6,2/100 000), les noyades (2,7/100 000), les suffocations (2,1/100 000) étaient les principaux AcVC. Le taux de mortalité a diminué de 26% entre 2000 et 2004 du fait, principalement, d'une baisse du nombre de décès masculins par noyade.

Discussion - conclusion - La Réunion présentait un taux d'AcVC mortels plus important que celui de la métropole, mais cette différence semble se combler progressivement. De nombreux accidents mortels peuvent encore être évités grâce à une amélioration de la prévention et de la réglementation.

Mots clés / Key words

Mortalité, accident de la vie courante, La Réunion / Mortality, home and leisure injuries, Reunion Island

Introduction

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont définis comme des traumatismes non intentionnels qui ne sont ni des accidents de la circulation, 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 de

l'Inserm (CépiDC-Inserm) [2]. Les causes médicales de décès sont codifiées par le CépiDC, selon la Classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10) depuis l'année 2000 [3]. Plusieurs études évaluent les chiffres métropolitains de décès par AcVC et établissent des comparaisons entre les régions [4-6]. L'île de La Réunion, région ultrapériphérique, présente des spécificités socio-économiques.

L'objectif principal de ce travail était de décrire, pour la première fois, la situation de la mortalité par accidents de la vie courante (AcVC) à La Réunion à partir des données de mortalité du CépiDC de l'Inserm pour les années 2000 à 2004. L'objectif secondaire était de comparer les données avec celles de la France métropolitaine.

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 [6]. Les analyses ont été essentiellement effectuées selon la cause initiale du décès, qui est à l'origine de l'enchaînement des causes ayant conduit au décès et sur laquelle il est possible d'agir pour éviter ce dernier.

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 « cause multiple », c'est-à-dire en ajoutant aux décès de cause initiale « chutes » selon la CIM-10 (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). Par conséquent, il a été considéré qu'un décès avec mention de fracture du fémur en cause associée était le plus souvent dû à une chute. Lorsque les résultats sont établis par la seule analyse en cause initiale, à partir de la liste de référence, une grande partie des décès par chute (71/229, 31,0%) se trouve incluse parmi les décès pour « autres accidents non précisés ». L'analyse en causes multiples permet de réaffecter ces décès par chutes dans leur catégorie (ce qui diminue d'autant la catégorie des décès par causes autres et non précisées).

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 réunionnaise en 2002. Les taux de mortalité standardisés sur l'âge ont été calculés selon la méthode de standardisation directe en utilisant la structure d'âge de la population française de 1990.

La comparaison du niveau de mortalité selon le lieu de résidence (microrégion) a été effectuée par standardisation indirecte : pour chaque microrégion, un ratio standardisé de mortalité a été calculé en divisant le nombre total de décès survenus chez des résidents de la microrégion au cours de la période 2000-2004 par le nombre de décès attendu au cours de la même période si la microrégion était soumise aux mêmes taux de mortalité par classe d'âge que l'ensemble de la population réunionnaise. Le test de Breslow et Day a été utilisé pour déterminer la significativité de l'écart de mortalité entre la microrégion et La Réunion prise dans son ensemble [7].

Le découpage retenu pour les microrégions est celui défini dans le schéma d'aménagement régional :

- secteur Nord : deux communes (Saint-Denis, Sainte-Marie) ;
- secteur Est : sept communes (Sainte-Suzanne, Saint-André, Bras-Panon, Saint-Benoît, Plaine des Palmistes, Sainte-Rose, Salazie) ;
- secteur Ouest : cinq communes (Port, Possession, Saint-Paul, Saint-Leu, Trois-Bassins) ;
- secteur Sud : 10 communes (Cilaos, Entre-Deux, Étang-Salé, Le Tampon, Les Aviron, Petite-Île, Saint-Joseph, Saint-Louis, Saint-Philippe, Saint-Pierre).

Résultats

Les AcVC ont été la cause de 736 décès entre 2000 et 2004 à La Réunion, ce qui correspond à un taux annuel moyen brut de 19,9/100 000 et à un taux annuel moyen standardisé de 30,5 /100 000.

Part des accidents de la vie courante dans la mortalité générale et les décès par traumatismes

Les décès par AcVC ont compté pour 3,8% de la mortalité totale (736 décès sur 19 570) à La Réunion sur la période de 2000 à 2004 ; mais chez les enfants ils étaient responsables de 18% des décès d'enfants de 1 à 4 ans (16 décès sur 89) et de 15% des décès entre 5 et 14 ans (16 décès sur 106).

Les AcVC ont représenté 39% des 1 872 morts par traumatismes (qui regroupent tous les types d'accidents, les homicides, les suicides et les traumatismes d'intention indéterminée) enregistrés à La Réunion durant la période considérée.

Une répartition par sexe montre que les AcVC sont responsables de 35,6% des décès traumatiques chez les hommes contre 50,5% de décès traumatiques chez les femmes, les AcVC restant pour les deux sexes la première cause de décès traumatique.

La part des AcVC dans les décès par traumatisme diffère selon les classes d'âge, elle est maximum aux âges extrêmes de la vie et plus faible pour les 15-45 ans.

Caractéristiques démographiques

Parmi les 736 décès par AcVC, 500 concernaient les hommes contre seulement 236 les femmes, et ce malgré une population féminine plus importante chez les personnes âgées. Les taux annuels moyens standardisés étaient respectivement de 37,2/100 000 chez les hommes et de 24,2/100 000 chez les femmes, soit un rapport homme/femme du taux de mortalité de 1,5. Les taux de mortalité par AcVC variaient selon l'âge, avec un minimum entre 5 et 14 ans et un maximum au-delà de 85 ans. (tableau 1).

Lieu de décès, disparités géographiques

Quarante-trois pour cent des décès ont eu lieu dans les hôpitaux ou cliniques, contre seulement 30% à domicile et 13% sur la voie publique.

Les ratios standardisés de mortalité selon la microrégion ne diffèrent pas significativement de 1.

Différents types d'accidents de la vie courante (tableaux 2 et 3)

Chutes

Avec 229 décès sur un total de 736, les chutes étaient la première cause de décès par AcVC à La Réunion (31,1%). On retrouve dans ces décès 131 hommes (11,1/100 000) pour 98 femmes (11,7/100 000) ; le rapport des taux était de 0,95. Le taux de mortalité augmentait avec l'âge. Il était de 19,4/100 000 pour les 65-74 ans, 40,7/100 000 pour les 75-84 ans et 292,7/100 000 pour les plus de 84 ans.

Suffocations

Les suffocations ont provoqué 77 décès, soit un taux standardisé de 3,5/100 000. Elles représentaient la première cause de mortalité chez les moins de 15 ans (15 des 48 décès), en particulier chez les moins de 1 an (taux brut annuel moyen : 11,1/100 000). Le taux de mortalité par suffocations augmentait avec l'âge jusqu'à une valeur maximale de 76,5/100 000 chez les plus de 85 ans.

Noyades

On a recensé 99 décès par noyades, soit un taux standardisé de 2,9/100 000. Cela a concerné 92 hommes (taux 5,6/100 000) et 7 femmes (0,5/100 000). Le rapport homme/femme du taux de mortalité était le plus élevé des causes connues (13,7). Il s'agit de la première cause de décès par AcVC chez les 25-45 ans parmi les causes connues. À noter qu'il n'a pas été enregistré de noyade mortelle chez les moins de 1 an et seulement 2 décès chez les enfants de 1 à 4 ans, entre 2000 et 2004.

Intoxications

On a relevé 44 décès par intoxications accidentelles. Ces décès ont concerné 22 hommes (taux 1,7/100 000) et 22 femmes (taux 2,1 /100 000), les taux les plus importants se retrouvant chez les plus de 75 ans.

Accidents causés par le feu

Les accidents causés par le feu ont entraîné 58 décès de 2000 à 2004 à La Réunion (taux standardisé de 2,0/100 000), dont 40 hommes (2,8/100 000) et 18 femmes (1,3/100 000). Le

Tableau 1 Effectifs et taux annuel moyen de mortalité par accidents de la vie courante, selon l'âge et le sexe, La Réunion, 2000-2004 (taux pour 100 000 personnes) / Table 1 Number and average annual mortality rate of home and leisure accidents, by age and sex, Reunion Island, France, 2000-2004 (rate per 100,000 population)

Âge (ans)	Hommes		Femmes		Total	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux
<1	8	22	8	22	16	22
1-4	7	5	9	7	16	6
5-14	10	3	6	2	16	2
15-24	37	12	5	2	42	7
25-44	142	25	18	3	160	14
45-64	163	52	31	9	194	30
65-74	50	72	32	37	82	53
75-84	44	148	61	125	105	134
85 et +	39	612	66	417	105	473
Total*	500	37,2	236	24,2	736	30,5

* Taux standardisé

rapport homme/femme des taux était de 2,11. Même si une grande majorité des décès a touché les 25-74 ans, le taux le plus important concernait les 85 ans et plus.

Autres AcVC

Les autres AcVC dont la cause était précisée ont provoqué 35 décès, touchant majoritairement les hommes avec 31 cas (2,4/100 000) contre seulement 4 femmes (0,5/100 000).

Les AcVC dont la cause est inconnue ont engendré 194 décès (36,2/100 000) dont 144 hommes (49,7/100 000) et 50 femmes (23,5/100 000). Le rapport des taux homme/femme est de 2,1.

Évolution (tableaux 4-5 et figure 1)

À La Réunion, entre les années 2000 et 2004, on a enregistré une baisse des décès par AcVC, leur nombre passant de 156 en 2000 (taux standardisé : 34,5/100 000) à 125 en 2004 (25,5/100 000). Cette diminution de 26%, qui n'est toutefois pas significative (Chi² de tendance), est liée à la forte baisse du nombre de décès masculins qui est passé de 115 en 2000 (45,4/100 000) à 78 en 2004 (27,5/100 000), soit une baisse de 39% (Chi² de tendance non significatif). On constate par contre une légère hausse des décès par AcVC chez les femmes : 41 décès en 2000 (24,2/100 000) contre 47 en 2004 (23,7/100 000), soit une diminution du taux standardisé de 2,1% (Chi² de tendance non significatif) (tableau 5).

L'évolution à la baisse était plus marquée chez les 15-64 ans, (variation du taux de -31,8%) puis les personnes plus âgées (variation -23,9%) et enfin les plus jeunes (-12,7%) (figure 1).

L'évolution a également été plus ou moins importante selon le type d'accidents (tableau 5).

On enregistre une diminution notable des décès par noyades (-67%) ainsi qu'une baisse du nombre de décès dus à des suffocations et à des intoxications accidentelles, respectivement -24,8% et -15,4%.

On relève par contre une hausse des décès par expositions au feu (+11%) et une tendance à la hausse des décès par chutes (+2,6%).

Ces résultats sont toutefois à relativiser en fonction de la baisse des décès codés en exposition à des facteurs non précisés (-46%) et du fait que les effectifs annuels de décès, qui sont faibles, peuvent présenter des variations importantes sans significativité statistique.

Discussion

La qualité de cette étude est dépendante de la précision de la certification et du codage des décès. Le caractère accidentel ou intentionnel des actes est par exemple souvent non précisé sur le certificat de décès, entraînant probablement une surestimation des AcVC, notamment des noyades et des intoxications qui sont codées comme accidentelles par défaut.

De même, les accidents de travail ont été inclus dans cette étude par manque de précision sur cette caractéristique dans les certificats de décès. Le fréquent manque de renseignement sur le type d'accident (26,3% en moyenne sur la période considérée) conduit à sous-estimer la part des

Tableau 2 Effectifs et taux annuel standardisé de mortalité par accident de la vie courante selon la cause et le sexe, La Réunion, 2000 à 2004 (taux brut moyen pour 100 000 personnes) / Table 2 Number and average annual standardized mortality rate of home and leisure accidents, by type and sex, Reunion Island, France, 2000-2004 (rate per 100,000 population)

Cause	Hommes		Femmes		Total	
	N	Taux*	N	Taux*	N	Taux*
Chute	131	11,1	98	11,7	229	11,4
Exposition à des facteurs non précisés	144	49,7	50	23,5	194	36,2
Exposition au feu	40	2,8	18	1,3	58	2,0
Suffocation	40	3,6	37	3,4	77	3,5
Intoxication accidentelle	22	1,7	22	2,1	44	1,9
Noyade	92	5,6	7	0,5	99	2,9
Exposition à des facteurs autres précisés	31	2,4	4	0,5	35	7,1
Total*	500	37,2	236	34,4	736	30,7

*Taux standardisé
Il est préférable de calculer des taux standardisés également pour les causes spécifiques

différents types d'AcVC. La baisse importante entre 2000 et 2004 du taux de mortalité pour des accidents dont le type n'est pas précisé (-46%) peut faire espérer une tendance à l'amélioration de ces limites, mais doit faire relativiser les chiffres des premières années.

Malgré une période d'étude de cinq ans, le faible recrutement n'a pas permis de produire des tendances significatives ; on peut cependant proposer quelques comparaisons avec les données recueillies en France métropolitaine.

Les AcVC représentaient la première cause de décès traumatique à La Réunion, tout particulièrement aux âges extrêmes de la vie. Cette situation est similaire à celle décrite en France métropolitaine et dans divers pays industrialisés [8-10]. Pourtant, le taux annuel moyen standardisé des décès par AcVC à La Réunion sur la période 2000-2004 (30,5/100 000) est supérieur au taux métropolitain (25/100 000 en 2004) [6] et à celui de l'ensemble des pays européens (18/100 000) [11]. La baisse des taux de mortalité par AcVC enregistrée entre 2000 et 2004 semble en revanche légèrement plus importante à La Réunion qu'en France métropolitaine [6] (-26% contre -16%). Cette différence bénéficie plutôt aux hommes (-39% à La Réunion contre -15% en métropole) ; les taux de mortalité chez les femmes évoluant

moins fortement à La Réunion (-2,1% contre -18% en métropole).

Alors que la baisse des AcVC mortels en métropole bénéficie plutôt aux moins de 15 ans (-23%), c'est chez les Réunionnais d'âge moyen (15-64 ans) que l'on enregistre la plus forte baisse (-31,8%).

Enfin, en métropole, ce sont les taux de mortalité par intoxications (-24%) et par suffocations (-22%) qui ont enregistré les baisses les plus importantes, alors qu'à La Réunion il s'agit des décès par noyades dont les taux ont chuté de 67% pour passer entre 2000 et 2004 de la deuxième à la dernière des causes connues de décès par accident de la vie courante, dépassant de loin la baisse des taux de mortalité par suffocations (-25%) et par intoxications (-15,5%). Les évolutions sur la période 2000-2004 n'apparaissent toutefois pas significatives (Chi² de tendance).

Les variations avec le taux européen doivent être relativisées par les différences de système de codage entre les pays. Les résultats du projet d'uniformisation Anamort seront plus aisément interprétables [12-13].

Le système de codage étant identique à La Réunion et en métropole, il serait intéressant d'analyser plus précisément les facteurs spéci-

Figure 1 Ratio par rapport à l'année 2000 des taux de mortalité bruts par accident de la vie courante, selon l'âge, 2000 à 2004, La Réunion / Figure 1 Crude mortality rates ratio of home and leisure accidents compared to 2000 by age, 2002-2004, Reunion Island, France

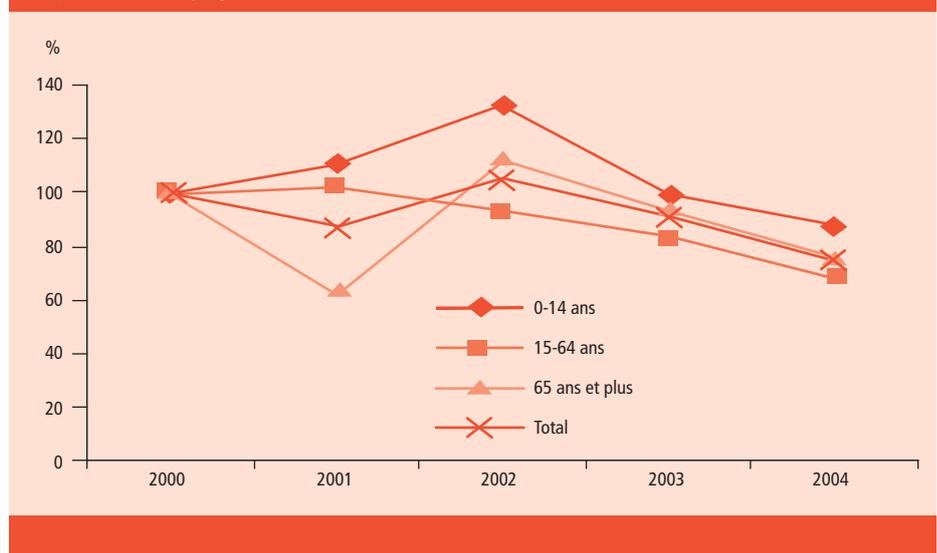


Tableau 3 Effectifs et taux annuel moyen de mortalité par AcVC selon l'âge et la cause, Réunion, 2000 à 2004 (taux brut moyen pour 100 000 personnes) / Table 3 Number and average annual mortality rate of home and leisure accidents, by age and type, Reunion Island, France, 2000-2004 (rate per 100,000 population)

Âge (ans)	Chute		Exposition facteurs autres précisés		Exposition facteurs non précisés		Exposition au feu		Suffocation		Intoxication accidentelle		Noyade	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
<1	1	1,4	0	0	2	2,8	4	5,5	8	11,1	1	1,4	0	0
1-4	2	0,73	1	0,36	3	1,1	4	1,5	4	1,5	0	0	2	0,73
5-14	2	0,29	2	0,29	6	0,88	2	0,29	3	0,44	0	0	1	0,15
15-24	3	0,48	2	0,32	19	3	6	0,95	1	0,16	2	0,32	9	1,4
25-45	38	3,3	6	0,52	44	3,8	11	0,96	6	0,52	12	1	43	3,7
45-64	46	7,1	10	1,6	65	10,1	14	2,2	13	2	8	1,2	38	5,9
65-74	30	19,4	5	3,2	17	11	10	6,46	10	6,5	6	3,9	4	2,6
75-84	42	53,4	8	10,2	24	30,5	4	5,1	15	19,1	11	14	1	1,3
85 et +	65	292,7	1	4,5	14	63	3	13,5	17	76,5	4	18	1	4,5
Total	229	6,2	35	0,9	194	5,3	58	1,6	77	2,1	44	1,2	99	2,7

Tableau 4 Évolution des effectifs et des taux de mortalité standardisés par accident de la vie courante, selon le sexe, La Réunion, 2000-2004 (taux pour 100 000 personnes) / Table 4 Trends in the numbers and age-adjusted rates of home and leisure accidents, by sex from 2000 to 2004, Reunion island, France (rates per 100,000 population)

	2000		2001		2002		2003		2004		Variation 2000-2004	
	N	Taux	N	Taux								
Hommes	115	45,4	104	37,1	106	40,3	97	36,7	78	27,5	-32,20%	-39,40%
Femmes	41	24,2	34	16,3	63	31,6	51	26	47	23,7	14,60%	-2,10%
Total	156	34,5	138	26,4	169	35,8	148	31,4	125	25,5	-19,90%	-26,00%

Tableau 5 Évolution des effectifs et des taux de mortalité bruts par type d'accident de la vie courante, de 2000 à 2004, La Réunion (taux pour 100 000 personnes) / Table 5 Trends in number and crude mortality rates of home and leisure accidents, by type from 2000 to 2004, Reunion island, France (rates per 100,000 population)

	2000		2001		2002		2003		2004		Variation 2000-2004	
	N	Tx	N	Tx								
Chute	41	5,7	41	5,6	51	6,9	50	6,7	46	6	9,10%	2,60%
Exposition à des facteurs non précisés	47	6,6	46	6,3	40	5,4	37	4,5	27	3,5	-42,60%	-46,00%
Exposition au feu	11	1,5	8	1,1	17	2,3	9	1,2	13	1,7	18,20%	11,00%
Suffocation	15	2,1	12	1,6	25	3,4	13	1,7	12	1,6	-20,00%	-24,80%
Intoxication accidentelle	10	1,4	9	1,2	4	0,5	12	1,6	9	1,2	-10,00%	-15,40%
Noyade	23	3,2	18	2,4	26	3,5	24	3,2	8	1	-65,20%	-67,30%
Exposition à des facteurs autres précisés	9	1,3	4	0,5	6	0,8	6	0,8	10	1,3	11,10%	4,40%
Total	156	21,7	138	18,9	169	22,8	148	19,7	125	16,4	-19,90%	-24,70%

quement réunionnais pouvant expliquer la différence constatée des taux de mortalité.

Les chutes ont été à La Réunion comme ailleurs la première cause de mortalité par AcVC, mais

ce sont les noyades qui ont représenté la deuxième cause à La Réunion.

On pourra noter la différence des taux de mortalité chez les moins de 1 an entre La Réunion et

la métropole (22/100 000 à La Réunion contre 7,2/100 000 en métropole), cette surmortalité étant préférentiellement due aux suffocations. Pour éliminer un éventuel biais dû à des différences de certification, il serait intéressant de comparer, pour cette classe d'âge, les diagnostics associés à cette cause initiale à La Réunion avec ceux de la France métropolitaine.

Conclusion

Les AcVC sont à La Réunion, comme ailleurs, une cause majeure de mort traumatique. Même si une légère baisse est constatée, il paraît important de continuer la surveillance et de développer des actions de prévention afin de prévenir au mieux ces décès le plus souvent évitables.

Références

- [1] Holder Y, Peden M, Krug E et al. (Eds). Injury surveillance guidelines. Geneva, World Health Organization, 2001.
- [2] Thélot B. Les accidents de la vie courante : un problème majeur de santé publique. Bull Epidemiol Hebd. 2004; (19-20):74-5.
- [3] Thélot B, Ricard C. Résultats de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante, années 2002-2003. Réseau Epac. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, octobre 2005.
- [4] Ermanel C, Thélot B. Mortalité par accidents de la vie courante : près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine. Bull Epidemiol Hebd. 2004; (19-20):76-8.
- [5] Ermanel C, Thélot B, Jouglu E, Pavillon G. Mortalité par accidents de la vie courante en France métropolitaine 2000-2002. Bull Epidemiol Hebd. 2006; 42:328-30.
- [6] Ermanel C, Thélot B, Jouglu E, Pavillon G. Mortalité par accidents de la vie courante en France métropolitaine 2000-2004. Bull Epidemiol Hebd. 2007; 37-38:318-22.
- [7] Bouyer J, Hémond D, Cordier S, et al. Épidémiologie : Principes et méthodes quantitatives. Paris : Inserm, 1995. pp. 219-21.
- [8] 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.
- [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] 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.
- [11] Zimmermann N, Bauer R. Injuries in the European Union. Statistics summary 2002-2004. 2006.
- [12] Belanger F, Ung A, Falzon A. Projet Anamort. InVS 2007. <http://www.invs.sante.fr/surveillance/anamort/>
- [13] Ung A, Belanger F, Thélot B et le comité de pilotage Anamort. Les décès par chute en Europe : situation en 2003 et perspectives apportées par le projet Anamort. Bull Epidemiol Hebd. 2007; 42:328-9.

Chers lecteurs,

Des difficultés passagères nous contraignent à alléger la programmation du BEH en cette fin d'année 2009. Ce numéro 46-47 sera suivi d'un numéro triple très riche consacré à la Polynésie française (48-49-50) à paraître le 22 décembre, puis la publication sera interrompue pour reprendre le 12 janvier 2010.

Merci de votre compréhension

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Secrétaires de rédaction : Jacqueline Fertun, Farida Mihoub

Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Pierre-Yves Bello, InVS ; Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS
 Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Anne Gallay, InVS ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ;
 Philippe Guilbert, Inpes

Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Eric Jouglu, Inserm CépiDc
 Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Dr Bruno Morel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.
 N° CPP : 0211 B 08107 - N° INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion / Abonnements : Alternatives Économiques
 12, rue du Cap Vert - 21800 Quétigny
 Tél. : 03 80 48 95 36
 Fax : 03 80 48 10 34
 Courriel : ddorey@alternatives-economiques.fr
 Tarif 2009 : France et international 62 € TTC
Institut de veille sanitaire - Site Internet : <http://www.invs.sante.fr>
Imprimerie : Europ Offset
 39 bis, 41 avenue de Bonneuil - 94210 La Varenne