

Références

- [1] Beaudou P, Besancenot JP, Caserio-Schönemann C, Cohen JC, Dejour-Salamanca D, Empereur-Bissonnet P, *et al.* Froid et santé. Éléments de synthèse bibliographique et perspectives. Rapport d'investigation. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2004;44 p.
- [2] Conséquences de la vague de froid de janvier 1985 sur la mortalité en Île-de-France. Paris : ORS Île-de-France, 1987;31 p.
- [3] Escourrou G. Climat et société : l'exemple du froid de janvier 1985 dans la région parisienne. *Revue de Géographie de Lyon.* 1986;61(3):301-8.
- [4] Escourrou P. Les hivers froids en Île-de-France et leurs conséquences médicales. *Cahiers du Centre de Recherches de Climatologie et d'Hydrologie Appliquées.* 1987;(2):18-24.
- [5] Fouillet A, Ilef D, Josseran L. Surveillance de la mortalité en France au cours de l'hiver 2008-2009, premiers éléments. *Bull Epidemiol Hebd.* 2009;(15):133-7.
- [6] Laaidi K, Economopoulou A, Wagner V, Pascal M, Empereur-Bissonnet P. Vagues de froid et santé en France métropolitaine. Impact, prévention, opportunité d'un système d'alerte. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2009;50 p.
- [7] Wood SN. GAMs and Generalized Ridge Regression for R. *R News* 2001;1(2):20-5.
- [8] Laaidi M, Laaidi K, Besancenot JP. Temperature-related mortality in France, a comparison between regions with different climates from the perspective of global warming. *Int J Biometeorol.* 2006;51(2):145-53.
- [9] The Eurowinter Group. Cold exposure and winter mortality from ischaemic heart disease, cerebrovascular disease, respiratory disease, and all causes in warm and cold regions of Europe. *Lancet.* 1997;349(9062):1341-6.
- [10] Lerchl A. Changes in the seasonality of mortality in Germany from 1946 to 1995: the role of temperature. *Int J Biometeorol.* 1998;42(2):84-8.
- [11] Caplan CE. The big chill: diseases exacerbated by exposure to cold. *CMAJ.* 1999;160(1):88.
- [12] Verrier A, Delaunay C, Coquet S, Théaudin K, Cabot C, Girard D. *et al.* Les intoxications au monoxyde de carbone survenues en France métropolitaine en 2007 *Bull Epidemiol Hebd.* 2010;(1):1-5.
- [13] Shaman J, Kohn M. Absolute humidity modulates influenza survival, transmission, and seasonality. *Proc Natl Acad Sci.* 2009;106(9):3243-8.
- [14] Analitis A, Katsouyanni K, Biggeri A, Baccini M, Forsberg B, Bisanti L, *et al.* Effects of cold weather on mortality: results from 15 European cities within the PHEWE project. *Am J Epidemiol.* 2008;168(12):1397-408.
- [15] Carder M, McNamee R, Beverland I, Elton R, Cohen GR, Boyd J, *et al.* The lagged effect of cold temperature and wind chill on cardiorespiratory mortality in Scotland. *Occup Environ Med.* 2005;62(10):702-10.
- [16] Phillips DP, Jarvinen JR, Abramson IS, Phillips RR. Cardiac mortality is higher around Christmas and New Year's than at any other time: the holidays as a risk factor for death. *Circulation.* 2004;110(25):3781-8.
- [17] Medina-Ramón M, Zanobetti A, Cavanagh DP, Schwartz J. Extreme temperatures and mortality: assessing effect modification by personal characteristics and specific cause of death in a multi-city case-only analysis. *Environ Health Perspect.* 2006;114(9):1331-6.
- [18] Josseran L, Caillière N, Brun-Ney D, Rottner J, Filleul L, Brucker G, *et al.* Syndromic surveillance and heat wave morbidity: a pilot study based on emergency departments in France. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2009;9:14.

Résultats de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac), Île de La Réunion, France, 2005-2009

Sandra Giron (sandra.giron@ars.sante.fr)¹, Jean-Louis Solet¹, Cécile Ricard², Philippe Morbidelli³, Rachid Dekkak³, Bertrand Thélot², Laurent Filleul¹

1 / Cellule de l'InVS en région Océan indien, Saint-Denis de La Réunion, France

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

3 / Centre hospitalier Gabriel Martin, Saint-Pierre, La Réunion, France

Résumé / Abstract

Introduction – Le Centre hospitalier Gabriel Martin (CHGM), à La Réunion, participe depuis 2005 au recueil de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac).

Méthodes – Cette enquête repose sur l'enregistrement, aux urgences, d'informations sur les patients pris en charge à la suite d'un accident de la vie courante (AcVC) : âge, sexe, résidence, prise en charge, caractéristiques de l'accident.

Résultats – Le taux d'incidence standardisé des AcVC à La Réunion est inférieur à celui de la métropole (4,3% contre 7,5%). La sur-représentation masculine y est beaucoup plus marquée (sex ratio de 1,73 contre 1,27). Les chutes semblent moins nombreuses sur l'île et la part des accidents domestiques plus grande. Certains accidents spécifiques tels que les piqûres d'oursins ou de poissons-pierre ont été relevés, notamment chez les touristes. Les répartitions par âge, sexe, lieu, activité, mécanisme, ainsi que par lésion et partie lésée, ne montrent pas de variation dans le temps.

Discussion – Les Réunionnais consulteraient plus facilement leur médecin traitant que les urgences pour une lésion peu grave, et ceci expliquerait le faible taux d'incidence constaté sur l'île. La sur-représentation masculine peut être due à une différence de comportement. Ces résultats consolident ceux de 2005 et fournissent une nouvelle base pour des actions de prévention spécifiques à La Réunion.

Mots clés / Key words

Accidents de la vie courante, Île de La Réunion, surveillance / Home and leisure injuries, Reunion Island, surveillance

Introduction

Les traumatismes représentent près de 37 000 décès chaque année en France entière, dont 18 549 concernaient des accidents de la vie courante (AcVC)

en 2006, soit 3,6% du total des décès [1]. Les AcVC sont définis comme des traumatismes non intentionnels qui ne sont ni des accidents de la circulation, ni des accidents du travail [2].

Sur l'île de La Réunion, le Centre hospitalier Gabriel Martin (CHGM) à Saint-Paul, a intégré le réseau de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac) mise en place par l'Institut de veille

Permanent study on home and leisure injuries (EPAC): results 2005-2009, Reunion Island, France

Introduction – Since 2005, the Gabriel Martin Hospital, located on Reunion Island, has been collecting data for the Permanent study on home and leisure injuries (EPAC).

Methods – This study was conducted in the emergency department, and was based on the exhaustive recording of data about patients treated for home and leisure injuries (HLIs): age, sex, residence, treatment and characteristics of injury.

Results – The incidence rate of HLIs in Reunion Island is lower than in metropolitan France (4.3% vs. 7.5%). The over-representation in males is markedly higher (sex ratio of 1.73 vs. 1.27). Falls seem to be less numerous on the island and the proportion of domestic injuries greater. Some specific injuries such as the sting by sea urchins or stone fishes have been identified, particularly among tourists. The distributions by age, sex, place, activity, mechanism, injury and injured party, show no change over time.

Discussion – Residents of Reunion Island may have consulted their physician for a small injury instead of the emergency unit; this would explain the low incidence found in Reunion Island. Over-representation of males can be due to behavioural differences. These results support those found in 2005 and provide a new basis for preventive measures specific to Reunion Island.

sanitaire (InVS), en juin 2004. C'est le seul hôpital du réseau Epac qui se situe en dehors de la métropole et la seule source d'information complète sur les AcVC de l'île. L'objectif de cet article est de présenter les résultats de cette surveillance pour les années 2005 à 2009, de caractériser les AcVC à La Réunion et de les comparer aux données de la métropole afin de confirmer ou d'infirmer les spécificités réunionnaises mises en évidence en 2005 [3].

Méthode

Le recueil des données Epac repose sur l'enregistrement des patients consultant aux urgences pour un AcVC (figure 1). Les hôpitaux du réseau Epac sont volontaires. Ils reçoivent une subvention de l'InVS, et participent à ce titre au « Réseau national de santé publique » [4]. Le réseau Epac est aujourd'hui constitué de 11 hôpitaux en France dont le CHGM. Les données sont collectées conformément aux règles d'un guide de référence [2]. Des analyses de qualité sont effectuées chaque année afin de rendre compte de l'exhaustivité et de la fiabilité du recueil dans chaque hôpital. Un questionnaire standardisé caractérisant le patient et le type d'accident est complété par le médecin consultant au service des urgences : âge, sexe, résidence, type de prise en charge, caractéristiques de l'accident (mécanisme, lieu, activité, lésion(s), partie lésée(s)), produits, agents, ou éléments impliqués dans l'accident et estimation de la gravité de l'accident en fonction de l'état du patient. Une description de l'accident est enregistrée en texte libre.

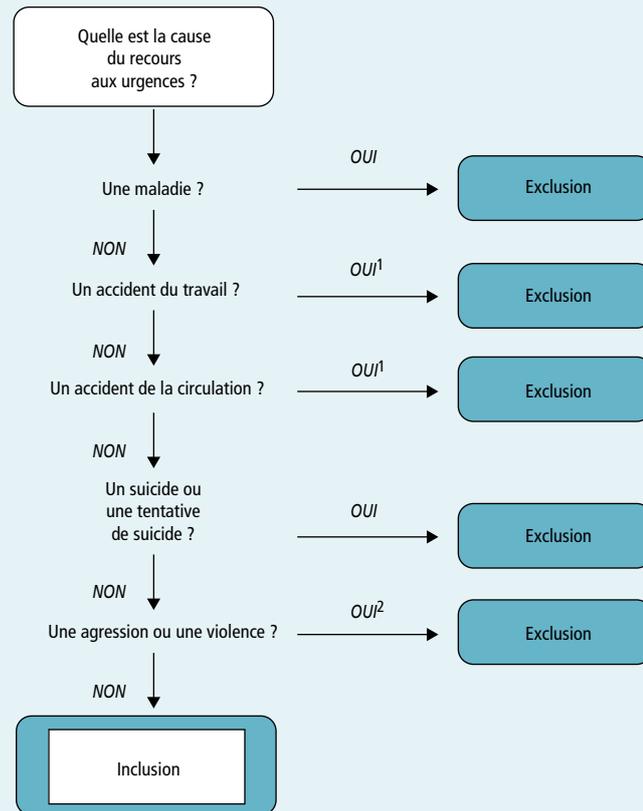
Jusqu'en 2007, les données collectées par le CHGM ne concernaient pas tous les passages aux urgences : l'intégration des passages orientés vers la Maison médicale de l'Ouest (MMO), structure indépendante du service des urgences de Saint-Paul qui décharge ce service lors de trop grande affluence, a été progressive depuis cette année. On a considéré que les données 2009 étaient suffisamment consolidées et fait l'hypothèse haute que le pourcentage annuel de transfert en MMO (21,2% en 2009) était similaire pour les autres années (2005-2008).

Les résultats présentés, issus des données recueillies de 2005 à 2009 par le CHGM, ont été comparés avec ceux établis de 2005 à 2008 sur l'ensemble du réseau national Epac¹. Les résultats concernant les spécificités de l'île publiés en 2006 [3] ont été comparés à ceux de 2005-2009. Compte tenu des différences de structure de la population entre La Réunion et la France métropolitaine (48% et 37% d'habitants de moins de 30 ans respectivement), une standardisation des données réunionnaises sur l'âge par la méthode directe a été effectuée en prenant comme population de référence celle de la métropole en 2004. Grâce aux données du réseau d'Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (Oscour®)², nous avons pu estimer la part des passages aux urgences pour traumatisme par rapport au nombre total de passages dans chacun

¹ Données obtenues auprès de l'Unité traumatismes de l'Institut de veille sanitaire à partir des résultats annuels généraux de la totalité des hôpitaux du réseau Epac.

² Données obtenues auprès du service statistique de la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Océan indien (Cire OI).

Figure 1 Critère d'inclusion des AcVC dans la base de données Epac, France | Figure 1 Criteria for inclusion of HLAs in the EPAC database, France



¹ Sauf accidents de véhicules à roues sans moteur (vélo, trottinette, roller, etc.).

² Sauf bagarre entre enfants de moins de 10 ans.

des quatre hôpitaux de l'île, et ainsi déterminer indirectement si la distribution des recours aux urgences pour AcVC était homogène à La Réunion, ceci afin d'évaluer le taux d'incidence des AcVC par an de 2005 à 2009.

Résultats

D'après les données d'Oscour®, la répartition des recours aux urgences pour traumatismes et par déduction pour les AcVC paraît homogène sur l'île. La proportion moyenne des traumatismes parmi les passages aux urgences des quatre hôpitaux de La Réunion s'établit à 26,7% (± 4,9%).

Selon les données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), le CHGM prend en charge 26% des urgences de l'île, tous motifs confondus [5]. Entre 2005 et 2009, 43 199 AcVC ont été enregistrés dans la base Epac au CHGM. Ainsi, on estime que près de 202 000 AcVC ont été pris en charge aux urgences sur la totalité de l'île en cinq ans, soit environ 40 400 par an ou encore 110 accidents par jour. Ceci correspond à un taux d'incidence brut moyen sur cinq ans de 5,1% et un taux standardisé de 4,3%, alors qu'il était de 7,5% en métropole en 2004. On n'observe pas de réelle évolution du nombre annuel d'AcVC à La Réunion à l'exception d'une légère augmentation en 2008. Les AcVC avec recours aux urgences sont significativement moins nombreux à La Réunion qu'en métropole quels que

soient l'âge et le sexe [3] avec des taux d'incidence (TI) standardisés moyens sur cinq ans de 5,6% chez les hommes et de 3,2% chez les femmes.

Les répartitions des lieux d'accidents, des activités, des mécanismes, des lésions, des parties lésées et des modalités de traitements varient peu en fonction du temps ($p < 0,05$) (tableau 1).

Répartition des AcVC selon les différents types d'accidents

Les répartitions par âge ajustés des AcVC à La Réunion et en France entière sont semblables, sauf entre 30 et 50 ans et aux âges les plus élevés (figure 2). Les AcVC touchent particulièrement les jeunes : plus de la moitié (54%) des accidentés ont moins de 20 ans. La sur-représentation masculine des AcVC reste plus forte à La Réunion qu'en métropole, à tous les âges et surtout entre 10 et 25 ans et 30 et 50 ans. Le sex ratio global est de 1,74 à La Réunion contre 1,23 sur l'ensemble des hôpitaux Epac entre 2005 et 2008 ($p < 10^{-4}$).

Les AcVC surviennent principalement à la maison ou dans ses abords (58%) et de façon plus fréquente à La Réunion que pour l'ensemble des hôpitaux du réseau (52%) ($p < 0,05$). Puis on retrouve les aires de sports et de jeux (12%) et les zones de transports (11%).

Les « jeux et loisirs » (36%) sont les activités les plus pratiquées au moment où surviennent les AcVC. On retrouve aussi fréquemment d'autres activités

Tableau 1. Caractéristiques des accidents de la vie courante (AcVC) par an à La Réunion et comparaison avec la France 2005-2008, données Epac / Table 1. Characteristics of home and leisure injuries (HLIs) by year in Reunion Island and comparison with France 2005-2008, EPAC data

	La Réunion					France
	2005 (n=7 616) %	2006 (n=7 385) %	2007 (n=8 230) %	2008 (n=10 175) %	2009 (n=9 793) %	2005-2008 (n=435 120) %
Lieux						
Zone de transport	8,8	10,3	12,7	12,0	13,0	11,3
Habitat	57,9	58,7	58,5	57,9	58,4	51,8
Enseignement et lieu public	9,3	8,8	7,7	9,2	8,5	11,7
Aires de sports et jeux	13,1	12,2	12,2	12,1	11,7	17,2
Autre lieu	10,8	9,9	8,9	8,8	8,5	8,0
Activités						
Activité domestique	9,6	9,6	7,8	7,5	7,3	7,6
Bricolage	4,8	4,8	5,0	4,3	4,7	3,3
Jeux de loisirs	38,8	38,8	33,4	34,0	36,5	34,2
Sport	16,1	16,1	16,4	16,5	16,6	16,3
Activité vitale	7,6	7,6	7,4	7,4	7,9	6,9
Autre activité précisée	23,1	23,1	30,1	30,3	27,1	31,8
Mécanismes						
Chute	57,2	58,6	65,4	65,8	59,2	59,8
Coup	20,4	18,3	9,0	6,6	13,1	15,9
Écrasement, coupure, perforation	14,3	14,7	13,4	13,8	13,7	10,5
Corps étranger	3,0	2,7	3,0	3,9	3,5	2,7
Surmenage physique	5,1	5,3	6,7	7,0	6,6	4,8
Autre mécanisme	0,1	0,5	2,7	3,0	3,9	6,3
Lésions						
Commotion	7,6	7,8	6,9	6,2	6,4	5,7
Contusion	17,7	15,9	14,4	11,8	10,7	25,4
Plaie	27,6	27,7	28,5	26,1	26,5	23,4
Fracture	19,8	19,8	19,6	16,7	16,7	17,7
Entorse	10,1	9,7	8,3	6,2	6,6	14,1
Autre lésion	17,2	19,2	22,3	33,1	33,1	13,9
Parties lésées						
Tête	24,4	25,7	25,8	26,2	25,8	25,7
Tronc	6,6	6,2	7,4	8,7	8,5	8,3
Membres supérieurs	37,9	38,4	35,9	33,9	34,6	34,0
Membres inférieurs	29,0	27,5	27,9	28,0	28,0	30,2
Autre partie lésée	2,1	2,2	3,0	3,2	3,1	1,7
Modalités de traitement						
Examiné traité	33,9	24,9	23,0	24,5	27,3	52,1
Suivi ultérieur	56,8	64,1	62,7	62,4	58,7	35,2
Hospitalisé	9,3	11,0	14,3	13,2	14,0	12

dont la marche et les activités éducatives (28%) et la pratique sportive (16%). Parmi les accidents de sport, la majorité des AcVC survient lors de sports d'équipe (57%), en particulier le football (67% des sports d'équipe).

Le mécanisme le plus fréquent à l'origine d'un AcVC est la chute (61%). Viennent ensuite les coupures, écrasements et perforations (14%) et les coups (13%).

Les plaies constituent les principales lésions lors d'un AcVC (27%), suivies des fractures (18%). L'item « autres lésions » représente 26% des lésions dont 65% sont indéterminées ; parmi les « autres lésions », on trouve aussi les luxations et dislocations (11%), les brûlures (8%) et les empoisonnements et intoxications (7%).

Les parties du corps les plus atteintes lors d'AcVC sont les membres supérieurs (36%), les membres inférieurs (28%) et la tête (26%).

Entre 2005 et 2009, 61% des AcVC ont fait l'objet d'un suivi ultérieur par un médecin de ville ou par l'hôpital. Ce taux est 1,7 fois supérieur à celui de l'ensemble des hôpitaux du réseau, pour lesquels un retour à domicile le jour même est majoritaire (52% des cas). Au CHGM, 27% seulement des patients retournent à domicile sans suivi ultérieur après passage aux urgences. En outre, 11% des visites ont nécessité une hospitalisation. La différence de répartition des modalités de traitements entre la France entière et La Réunion est très significative ($p < 10^{-3}$).

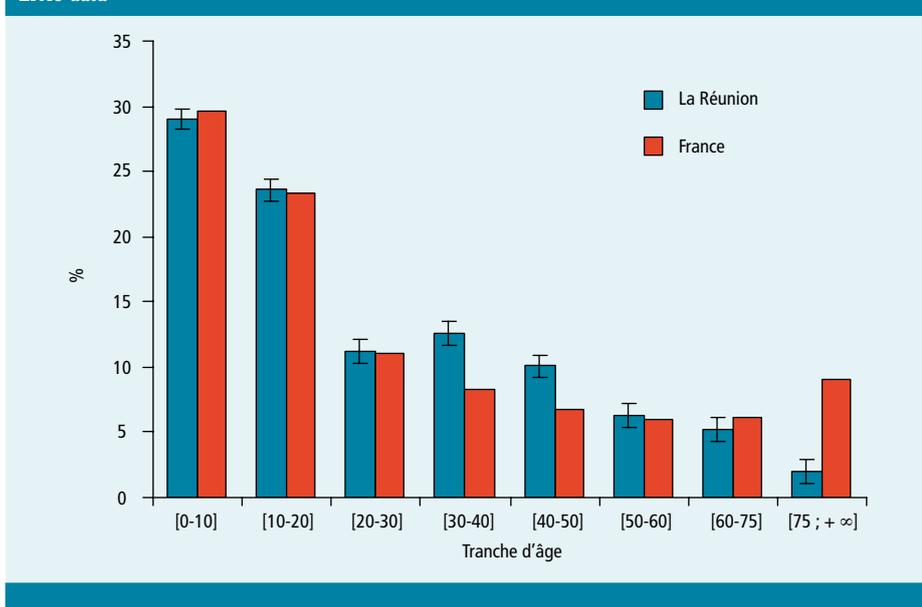
Spécificités de La Réunion

Sur la période d'étude, les chutes semblent globalement moins nombreuses sur l'île (TI standardisé de 2% vs. 4,5% en métropole). En revanche, les personnes ayant chuté d'un arbre sont 2,4 fois plus nombreuses à consulter les urgences qu'en métropole (près de 300 chutes chaque année à La Réunion). Le nombre d'accidents de vélo avec recours aux urgences est du même ordre : environ 2 000 chaque année (TI standardisé de 0,20% vs. 0,22% en métropole). On constate que la part des sports d'équipe est 1,35 fois plus élevée à La Réunion qu'en métropole. De plus, les accidents nautiques sont largement plus fréquents sur l'île : le CHGM représentait 70% des accidents de surf du réseau Epac entre 2005 et 2009.

Certains accidents spécifiques par contact avec des poissons et animaux marins sont largement plus fréquents à La Réunion (1,2% vs. 0,02% des passages) et notamment chez les touristes. Les piqûres par poissons-pierre sont des accidents spécifiques de l'île : il n'y a pas d'accident de ce type en métropole alors qu'à La Réunion, 256 personnes en ont été victimes entre 2005 et 2009. De plus, sur l'île, 2 fois plus de personnes ont consulté pour piqûres d'oursins et le nombre de consultation aux urgences pour noyade apparaît 3 fois plus élevé qu'en France métropolitaine.

L'alcool est mentionné dans 4,4% des accidents survenus entre 2005 et 2009, avec une part considérable des jeunes de 15 à 30 ans (16,5%), bien que les personnes de 30 à 50 restent les plus touchées (52,8%). En métropole, l'alcool est impliqué dans 1,9% des accidents.

Figure 2. Comparaison de la répartition des AcVC entre La Réunion 2005-2009 (n=43 199) et la France 2005-2008 (n=435 102), après standardisation sur l'âge, données Epac / Figure 2. Distribution of HLIs between Reunion Island 2005-2009 (n=43 199) and France 2005-2008 (n=435 102), after standardization for age, EPAC data



Les touristes ont davantage recours aux urgences pour AcVC que les Réunionnais. La durée de présence des 1 464 700 touristes entre 2005 et 2008 équivaut à un surplus annuel de population de 2,1% [6]. Ils représentent 2,9% des recours pour AcVC, soit 1,4 fois plus que les Réunionnais. La part des touristes ayant des AcVC est constante chaque année, autour de 3%, à l'exception de l'année 2006 où elle était seulement de 2%.

Toutes les spécificités de La Réunion décrites pour 2005 [3] ont été retrouvées et d'autres particularités ont été relevées (alcool, sports nautiques).

Discussion

Les recours aux urgences pour AcVC à La Réunion sont moins fréquents qu'en métropole. Néanmoins, ils sont à l'origine de plus de 40 000 recours aux urgences chaque année sur l'île et la base Epac nous a permis d'identifier des spécificités qui peuvent guider les campagnes de prévention.

Le faible taux d'incidence des AcVC réunionnais par rapport à la métropole pourrait être dû à un nombre d'accidents plus faible ou à des habitudes différentes de recours aux soins. Les Réunionnais consulteraient plus facilement leur médecin traitant que les urgences pour une lésion peu grave, et cette hypothèse est confortée par la part plus élevée des AcVC nécessitant un suivi ultérieur.

Les hommes réunionnais accidentés semblent toujours largement plus nombreux que les femmes. La pratique masculine, plus fréquente, de certaines activités ou facteurs de risque d'AcVC pourrait expliquer ce résultat : les sports, notamment d'équipe (football), le bricolage et la consommation d'alcool.

En outre, la diminution de la part des touristes en 2006 s'explique par la diminution du flux touristique

sur l'île suite à l'épidémie de chikungunya de 2005-2006 [6].

Les résultats sont établis sous l'hypothèse que les données manquantes sont de même structure que les données collectées [3]. La vérification de l'homogénéité de la part des traumatismes tend à prouver la représentativité du recrutement du CHGM par rapport à l'ensemble de l'île et conforte l'hypothèse de prise en charge de 26% des AcVC par cet hôpital.

L'inclusion progressive des transferts en MMO, pour lesquels nous ne disposons que de très peu d'information, expliquerait l'augmentation entre 2005 et 2009 de la proportion des items « autres lésions » et « autres mécanismes » de la base Epac.

Depuis 2004, les résultats sont apparus robustes au niveau de détail où ils sont produits. La stabilité des différentes répartitions a aussi été constatée en France entière depuis 1999, malgré l'évolution du nombre et du type d'hôpitaux participant au réseau et le changement de nomenclature au 1^{er} janvier 2004 [7]. Ceci prouve que la qualité du codage d'Epac au niveau national et réunionnais se maintient. Néanmoins, malgré la baisse du nombre de décès par AcVC constatée en France depuis 1980, la base ne permet pas de distinguer un ou plusieurs types d'AcVC qui auraient significativement diminué au cours du temps grâce aux campagnes de prévention ciblées. Dans ce contexte, l'évaluation de l'impact de ces actions apparaît opportune.

Ces résultats confortent le besoin d'actions de prévention ciblées et spécifiques à La Réunion. Une sensibilisation des habitants sur les chutes d'arbres pourrait être développée, en particulier vis-à-vis de ceux qui pratiquent la cueillette des fruits. La population âgée, encore peu nombreuse à La Réunion,

va croître dans les années à venir, ce qui justifie dès maintenant de développer, comme en métropole, la prévention vis-à-vis des chutes dont elles sont souvent victimes. La baisse des AcVC sous l'emprise d'alcool (qui sont près de 1 500 par an) pourrait contribuer à la diminution du taux de morbidité à La Réunion, sachant que l'alcoolisme y est par ailleurs un problème de santé publique majeur. Enfin, le renforcement de la surveillance des plages et une information sur les risques spécifiques encourus lors des baignades et activités en mer (piqûres, courants...) pourraient être utiles, tout autant pour les touristes que pour les habitants de l'île qui sont aussi touchés par les noyades.

Références

- [1] Lasbeur L, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine 2000-2006. Bull. Épidémiol. Hebd. 2010;(8):65-9.
- [2] Thélot B, Ricard C, Nectoux M. Guide de référence pour le recueil des données de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Réseau EPAC. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; décembre 2004. 138 p. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr>
- [3] Ricard C, Morbidelli P, Solet JL, Dekkak R, Thélot B. Résultats de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante, Île de la Réunion, France, 2005. Bull. Épidémiol. Hebd. 2006;(39):296-8.
- [4] Code de la Santé publique, articles L1413-2 et R1413-2, [Consulté le 24/05/10]. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- [5] Site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [Consulté le 29/04/10]. Disponible à : <http://www.atih.sante.fr>
- [6] Insee La Réunion. Tableau économique de La Réunion, édition 2010:216-7. [Consulté le 07/04/10]. Disponible à : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/dossiers/ter/ter-13-3-3_frequencation_touristique.pdf
- [7] Enquête permanente sur les accidents de la vie courante, réseau Epac, résultats 2004. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; juillet 2006. 12 p. [Consulté le 05/04/10]. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr>

Analyse exploratoire visant à identifier les facteurs de gravité des accidents de la vie courante, Île de La Réunion, France

Données de l'étude Epac, 2005-2009

Sandra Giron (sandra.giron@ars.sante.fr)¹, Jean-Louis Solet¹, Cécile Ricard², Philippe Morbidelli³, Rachid Dekkak³, Bertrand Thélot², Laurent Filleul¹

1 / Cellule de l'InVS en région Océan indien, Saint-Denis de La Réunion, France

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

3 / Centre hospitalier Gabriel Martin, Saint-Pierre, La Réunion, France

Résumé / Abstract

Introduction – Le Centre hospitalier Gabriel Martin (CHGM), à La Réunion, participe depuis 2005 au système de surveillance de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac).

Méthodes – Cette surveillance repose sur l'enregistrement aux urgences d'informations sur les patients pris en charge à la suite d'un accident de la vie courante (AcVC), dont la gravité de l'accident. Une régression logistique a été réalisée afin d'identifier les facteurs de risque de cette gravité.

Résultats – Les lieux les plus à risque d'accidents graves semblent être la voie publique, les parcs d'attractions, les pistes de course et les jardins publics. Certaines activités se distinguaient, telles que la pratique de sports à roulettes et roues ou impliquant des animaux. Le bricolage provoquerait des

Exploratory analysis to identify severity factors of home and leisure injuries in Reunion Island, France. EPAC data, results 2005-2009

Introduction – Since 2005, the Gabriel Martin Hospital (CHGM), located on Reunion Island, has been collecting data for the surveillance system of the permanent study on home and leisure injuries (EPAC).

Methods – This study was conducted in the emergency department and was based on the exhaustive recording of data about patients treated for home and leisure injuries (HLIs), including the severity of the accident. A logistic regression was performed to explain the risk factors of this severity.