

# Résultats de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante, 1999-2001

B. Thélot et les correspondants des hôpitaux du réseau EPAC à Annecy, Besançon, Béthune, Bordeaux, Limoges, Reims, Vannes

InVS, Saint-Maurice, décembre 2003

## Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « les traumatismes sont causés par une exposition aiguë à des agents physiques tels qu'énergie mécanique, chaleur, électricité, agents chimiques, radiations ionisantes, qui interagissent avec le corps dans des quantités ou des taux excédant le seuil de tolérance humaine. Dans certains cas (par exemple la noyade ou le gel), les traumatismes proviennent du manque soudain d'un élément essentiel tel que l'oxygène ou la chaleur ».

On distingue les traumatismes **intentionnels** (suicides et tentatives de suicide, agressions et violences, faits de guerre), et les traumatismes **non intentionnels**, qui constituent les accidents de la vie courante (AcVC). Les AcVC sont souvent répartis selon le lieu ou l'activité : accidents domestiques, accidents survenant à l'extérieur, accidents scolaires, accidents de sport, accidents de vacances et de loisirs. Il peut y avoir recoupement entre ces différentes catégories.

**Les accidents de la vie courante sont très nombreux et constituent un problème majeur de santé publique.** En France, ils provoquent près de 20 000 décès chaque année, c'est-à-dire presque trois fois plus que les accidents de la circulation et 20 fois plus que les accidents du travail. Si ce nombre de décès est en diminution depuis le début des années 80, il reste cependant élevé et va probablement augmenter dans les prochaines années, compte tenu de l'augmentation prévue de la proportion des personnes âgées dans la population. A côté des décès, les AcVC sont à l'origine de plusieurs millions de recours aux soins médicaux chaque année en France. Du point de vue de la santé publique, tous les 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).

## Méthodes

L'enquête EPAC est l'extension française du recueil européen Ehlass (European Home and Leisure Accident Surveillance System) implanté dans les années 80 dans plusieurs pays européens. Cette enquête repose sur l'enregistrement 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 résultats présentés concernent les années 1999 à 2001 pendant lesquelles plus de 140 000 AcVC ont été enregistrés aux urgences de sept hôpitaux à Annecy, Besançon, Béthune, Bordeaux, Limoges, Reims, Vannes. Compte tenu des imperfections du recueil, seuls des résultats de proportions entre catégories peuvent être présentés. Le manque d'exhaustivité interdit d'extrapoler ces résultats en population.

## 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 très marquée 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 H/F 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 urgences ayant participé au recueil : activité soutenue le matin, maximum en fin d'après-midi, peu de recours après minuit.

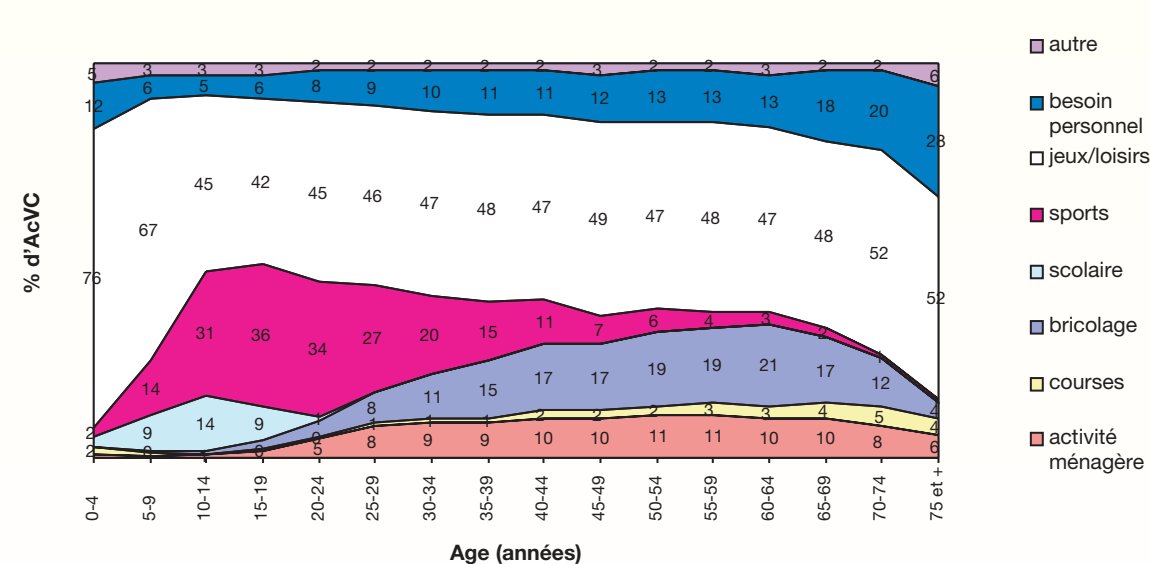
### Lieu de survenue des accidents

Les AcVC surviennent principalement à l'intérieur de la maison (39 %), notamment chez les femmes. Les différences de lieu de survenue des AcVC entre les hommes et les femmes sont significatives. Pour les femmes, on enregistre plus d'AcVC à l'intérieur de la maison (48 % des AcVC contre 33 % chez les hommes) ; chez les hommes il y a davantage d'accidents sur des aires de sports et de jeux (25 % contre 15 % chez les femmes).

### 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).

### Répartition des AcVC par activité au moment de l'accident, selon l'âge



La répartition des activités au moment de la survenue d'un AcVC est très variable avec l'âge (voir graphique).

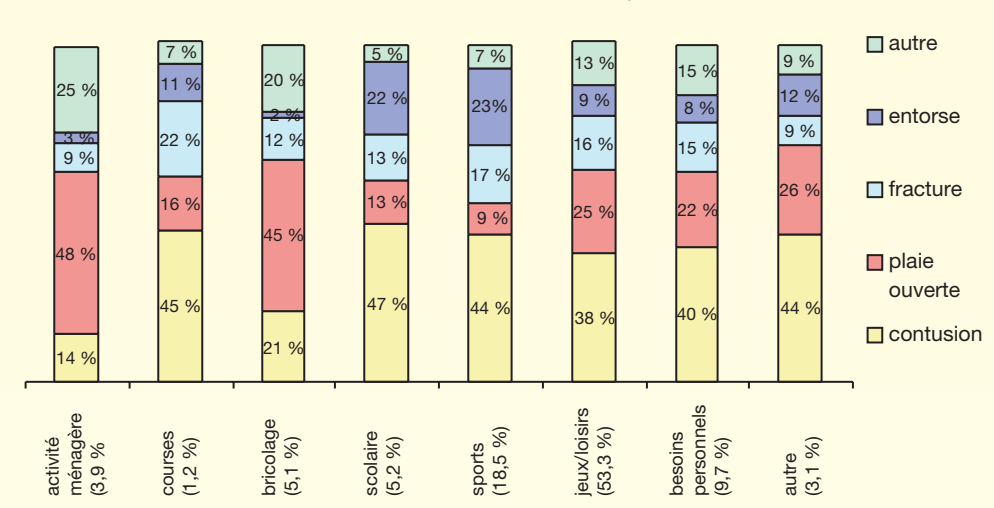
### Mécanisme des accidents

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. Il y a, quel que soit le mécanisme toujours plus d'hommes que de femmes (sex ratio supérieur à 1). La surreprésentation masculine est élevée pour les coups/collisions (67 % d'AcVC chez les hommes, sex ratio 2). Le pourcentage de chutes diminue jusqu'à l'âge de 25-30 ans puis augmente ensuite. 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. La surreprésentation masculine varie entre les plaies ouvertes (66 % des AcVC chez les hommes, sex ratio 2) et les entorses et les fractures (55 % chez les hommes, sex ratio 1,2).

### Répartition des AcVC par lésion, selon l'activité



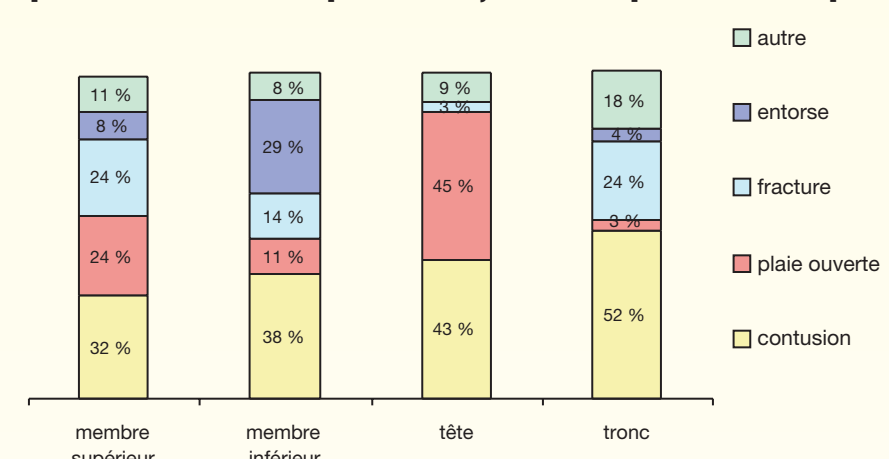
On constate (voir graphique) qu'il y a des différences notables de lésions selon l'activité.

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 en très bas âge (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. On retrouve la surreprésentation masculine quelle que soit la partie lésée, plus marquée pour la tête (62 % des AcVC chez les hommes, sex ratio 1,6) que pour les membres supérieur ou inférieur (sex ratio 1,4) ou le tronc (sex ratio 1,2).

### Répartition des AcVC par lésion, selon la partie du corps lésée



Les contusions sont les plus fréquentes des lésions : 32 % des AcVC touchant le membre supérieur, 38 % le membre inférieur, 43 % la tête et 52 % le tronc. A 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 %). Chez les enfants, la partie la plus souvent touchée est la tête (61 % pour les enfants de 0 à 5 ans puis 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).

### Prise en charge, traitement, hospitalisation

Près de la moitié des AcVC (44 %) sont bénins, au sens où ils n'entraînent aucun traitement ou le retour au domicile après traitement. Une proportion équivalente (45 %) fait l'objet d'un traitement avec suivi ultérieur. Le complément, 11 %, donne lieu à une hospitalisation après passage aux urgences. Les proportions de ces différentes modalités de prise en charge sont indépendantes du sexe de l'accidenté. Les proportions d'hommes dans ces modalités de prise en charge sont les suivantes : 57 % des accidentés traités sans suivi ultérieur sont des hommes (sex ratio 1,3), ainsi que 61 % des traités avec suivi ultérieur (sex ratio 1,6) et 55 % des hospitalisés (sex ratio 1,2).

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. La durée moyenne d'hospitalisation est de 5,5 jours : 39 % des hospitalisations durent 0 ou 1 jour, 17 % 2 jours et un petit nombre de séjours sont très longs (16 % excèdent 10 jours dont 3 % excèdent 25 jours). La durée moyenne d'hospitalisation croît avec l'âge. 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. Ces résultats, valides sur les zones d'attraction des hôpitaux ayant participé à EPAC, sont comparables à ceux qui proviennent d'autres sources en France ou à l'étranger. Ils restent descriptifs, ce qui conduit à mettre en place, pour les compléter, des enquêtes thématiques ou analytiques. Les analyses d'exhaustivité et de qualité de collecte des données, réalisées à partir de 2002, constituent un préalable à l'établissement d'extrapolations en population.

