

Résultats de l'Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante



Années 1999 - 2001
réseau EPAC

Synthèse



Introduction

1. Traumatismes et accidents

La définition classique d'un traumatisme utilisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est la suivante : « Les traumatismes¹ sont causés par une exposition aiguë à des agents physiques tels que 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 ». Sont inclus dans les traumatismes les noyades (manque d'oxygène), l'hypothermie (manque de chaleur), la strangulation (manque d'oxygène), les accidents de décompression ou la maladie des caissons (excès d'azote) et les empoisonnements (par substances toxiques). Sont exclus les conséquences d'un stress persistant ou répété, comme le syndrome du canal carpien, les douleurs dorsales chroniques et les empoisonnements dus à des infections, ainsi que les troubles mentaux et l'incapacité chronique, bien qu'ils puissent éventuellement être des conséquences de traumatismes physiques.

Les traumatismes sont répartis en deux groupes :

- les traumatismes intentionnels qui comprennent les suicides et tentatives de suicide, les agressions et violences, les faits de guerre
- les traumatismes non intentionnels qui constituent les accidents à proprement parler et que l'on répartit habituellement en
 - accidents de la circulation
 - accidents du travail
 - accidents de la vie courante

Un accident de la vie courante, ou AcVC, est donc généralement un traumatisme non intentionnel qui n'est ni un accident de la circulation ni un accident du travail.

Les AcVC sont usuellement répartis selon le lieu ou l'activité :

- les accidents domestiques, se produisant à la maison ou dans ses abords immédiats : jardin, cour, garage, et autres dépendances ;
- les accidents survenant à l'extérieur : dans un magasin, sur un trottoir, à proximité du domicile, etc ;
- les accidents scolaires, incluant les accidents survenant lors du trajet, durant les heures d'éducation physique et dans les locaux scolaires ;
- les accidents de sport ;
- les accidents de vacances et de loisirs.

Il peut y avoir recoupement entre les catégories d'AcVC : par exemple un accident de sport peut aussi être un accident scolaire, ou un accident de loisir. Par ailleurs certains accidents, comme les accidents de bicyclette, peuvent être considérés à la fois comme des accidents de la circulation et des AcVC.

¹ en anglais : *Injury*

2. Les accidents de la vie courante, un problème majeur de santé publique

Les accidents de la vie courante sont très nombreux. Leur dénombrement est difficile, et dépend notamment de leur gravité, qui détermine elle-même le type de recours aux soins ou le mode de prise en charge de l'accidenté.

En France, près de 20 000 personnes décèdent chaque année d'un AcVC, soit 3,6 % des causes de décès. Ce nombre est en diminution depuis le début des années 80, probablement grâce aux campagnes d'information et de prévention contre les accidents menées depuis une vingtaine d'années. Il reste cependant élevé par comparaison avec les mêmes données de mortalité des autres pays de l'Union européenne, et de nombreux décès apparaissent encore comme évitables avec des mesures de prévention, de réglementation, de formation, etc. adaptées. Il va probablement augmenter dans les prochaines années, compte tenu du grand nombre de décès par AcVC chez les personnes âgées et de l'augmentation prévue de la proportion des personnes âgées dans la population. Dans les 15 pays de l'Union européenne, on déplore environ 80 000 décès par AcVC chaque année, et dans le monde plusieurs millions.

Parmi les personnes ayant eu un AcVC et qui n'en sont pas décédées, certaines en gardent des séquelles. Peu d'études font le point sur les conséquences des accidents graves, qui sont à l'origine d'une part importante des handicaps. Un domaine mieux documenté est celui des AcVC qui ont entraîné un recours aux soins hospitaliers. En France, on estimait en 1993 qu'une hospitalisation sur huit était due à un accident. Quant aux recours à des soins ambulatoires (médecins et paramédicaux exerçant en ville) pour AcVC, ils nécessitent des enquêtes adaptées auprès des patients ou auprès des professionnels concernés. Enfin, les moins graves des AcVC sont les moins bien connus, dans la mesure où ils ne donnent lieu à aucun recours aux soins, ou n'entraînent qu'une automédication non spécifique.

La répartition quantitative des AcVC en fonction de leur gravité apparente mesurée par leur devenir ou leur prise en charge a fait l'objet de publications. Tous âges confondus, pour un décès par AcVC, les autres AcVC qui surviennent dans le même temps conduisent, selon certaines estimations, à 40 hospitalisations, 340 recours aux services d'urgence et 450 recours aux médecins généralistes. Chez les jeunes de moins de 25 ans, pour un décès par AcVC les proportions correspondantes sont 150, 2700 et 4900. Ces rapports entre recours aux soins donnent une idée des fréquences relatives des AcVC selon leur gravité.

Le coût des AcVC a été rarement étudié en France. Une étude de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) réalisée en 1997 auprès d'assurés sociaux de deux Caisses primaires d'assurance maladie rendait compte d'une estimation moyenne des coûts (coûts directs plus coûts des arrêts de travail) entre 100 et 500 euros par accident et par an en France. Cette estimation est certainement inférieure à la réalité, parce que seuls les coûts intéressant la CnamTS étaient retenus, et parce que le calcul était limité à une courte période après l'accident. A l'étranger des travaux plus nombreux ont montré que les dépenses liées aux AcVC pouvaient représenter 1000 euros par accidenté en coût direct, et près de 10 % des dépenses totales de santé.

Malgré leur importance, les AcVC n'occupent pas (ou pas encore) la place qui pourrait leur revenir dans les préoccupations de santé publique. Ceci est peut-être le reflet, ou la conséquence d'une médiocre perception du risque qu'ils constituent. Dans les enquêtes du baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, les accidents domestiques, de sport et de loisirs, et à l'école arrivent après les accidents de la circulation et les accidents du travail, pourtant moins nombreux. Pour expliquer le relatif manque d'intérêt pour les AcVC, on peut avancer différentes raisons, et en particulier un obstacle sémantique : un accident, dans le langage courant, est souvent considéré comme « inévitable » parce que justement « c'est un accident », on accepte une sorte de fatalité ; cette conception ancestrale s'oppose à la conception « maîtrise de destin », ou « possibilité de prévention » résultant des connaissances fournies par l'épidémiologie. Le fait que les causes et circonstances de survenue des AcVC soient très diverses contribue à brouiller la perception de leur importance. On peut évoquer aussi des réflexes de refus par rapport à des recommandations de protection ou de prévention, vécues comme limitant la liberté individuelle ou le plaisir de certaines activités (sportives notamment).

3. L'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante (EPAC)

Les sources de données épidémiologiques sur les AcVC sont peu nombreuses en France. Jusqu'à la fin des années 90, on n'a guère disposé, hormis quelques enquêtes ponctuelles, que de trois sources : le système d'enregistrement des causes de décès, permanent et exhaustif ; les enquêtes menées entre 1987 et 1995 dans quelques régions par la Caisse nationale d'assurance maladie (CnamTS) ; l'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante (EPAC), partie française du système européen de surveillance EHLASS (acronyme pour European Home and Leisure Accident Surveillance System).

Le système EHLASS, a été implanté à partir de 1986, par le Ministère chargé de la santé (Direction générale de la santé), dans plusieurs hôpitaux en France. Géré, depuis la fin 2000, par l'Institut de veille sanitaire (InVS), il porte désormais la dénomination EPAC, et a fait l'objet d'une déclaration au Conseil national de l'information statistique. Le principe de ce recueil repose sur l'enregistrement des recours aux urgences pour AcVC 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 du corps 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.

Un recueil de ce type existe dans tous les pays qui ont une politique de santé publique active dans le domaine des AcVC et des traumatismes. C'est le cas outre atlantique du Canada et des Etats-Unis d'Amérique, dans l'Union européenne de pays comme le Danemark, la Grèce, les Pays-Bas, par exemple.

Ce recueil a fait l'objet de critiques, au niveau de l'Union européenne comme en France. Les inconvénients d'un tel recueil sont nombreux : son coût élevé, alors que son extension reste de toute façon limitée à quelques établissements, les contraintes de maintien de sa qualité, le fait qu'il ne fournisse en routine que des résultats descriptifs, et les difficultés à extrapoler les résultats au niveau de la population générale. On admet cependant qu'il n'y a pas de réelle solution de rechange : ces recueils descriptifs sont essentiels comme base de travail en épidémiologie des AcVC. Il faut donc les conserver en mettant les moyens nécessaires pour assurer leur qualité et la diffusion de leurs résultats. Une révision des caractéristiques du recueil EPAC a été entreprise en France pour tenir compte de ces critiques.

Le présent rapport concerne les trois années 1999, 2000, 2001 pendant lesquelles sept hôpitaux ont collecté des données. Entre 1999 et 2001, ces hôpitaux ont collecté un total de 140 310 enregistrements. Le Centre hospitalier universitaire de Limoges n'a collecté des données qu'en 1999 et 2000, et celui de Besançon n'a collecté des données qu'aux urgences de pédiatrie.

La répartition des enregistrements par hôpital, est la suivante :

- le Centre hospitalier général d'Annecy : 30 % des enregistrements
- le Centre hospitalier universitaire de Besançon : 10 %
- le Centre hospitalier de Béthune : 5,4 %
- le Centre hospitalier universitaire de Bordeaux : 33 %
- le Centre hospitalier universitaire de Limoges : 7,2 %
- le Centre hospitalier universitaire de Reims : 8,8 %
- le Centre hospitalier de Vannes : 5,5 %

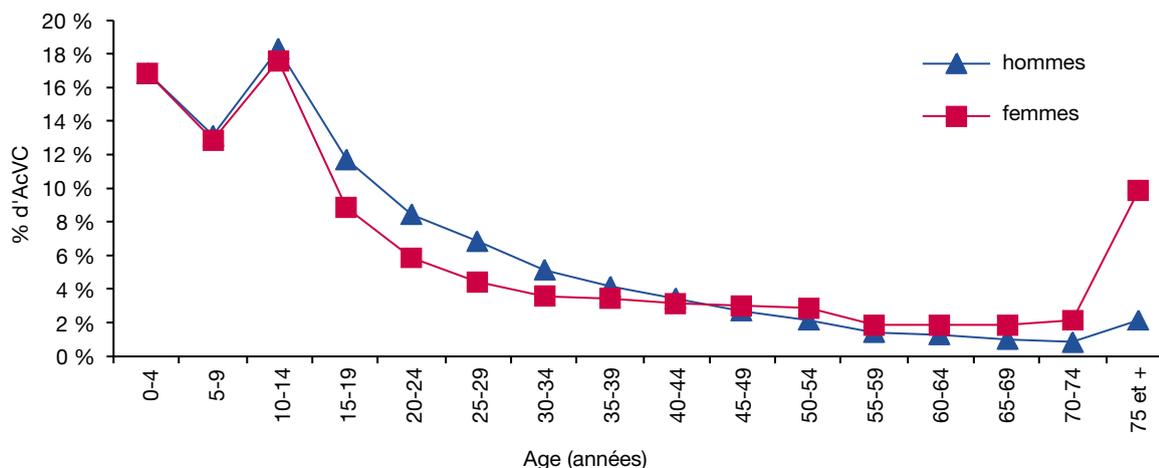
En l'absence d'analyses de qualité et compte tenu de probables défauts d'exhaustivité, variables d'un hôpital à l'autre ou d'une période à l'autre, les résultats que l'on peut tirer de cette collecte sur les années 1999 à 2001 ne peuvent être que globaux et nécessitent de se placer dans la perspective où les données manquantes sont de même structure que celles qui ont été collectées. Sous cette hypothèse, déjà retenue dans les analyses antérieures, les résultats de *proportions entre catégories* peuvent être présentés, comme la répartition par âge et par sexe des AcVC, la répartition des types d'activités, des lésions, etc., ou les ordres de grandeur *relatifs* de certains AcVC par rapport à d'autres.

Cette synthèse porte sur les AcVC recueillis par EPAC entre 1999 et 2001. Dans le rapport complet, sont également présentés des résultats sur les AcVC chez les enfants et chez personnes âgées, les AcVC ayant entraîné un décès aux urgences, les AcVC ayant eu pour conséquence des atteintes particulières (fractures, brûlures, atteintes oculaires), les accidents de sport, les accidents liés à certains produits, ainsi qu'une bibliographie.

Résultats généraux EPAC 1999-2000-2001

Répartition des accidents selon l'âge et le sexe

Figure 1. Répartition des AcVC selon l'âge et le sexe



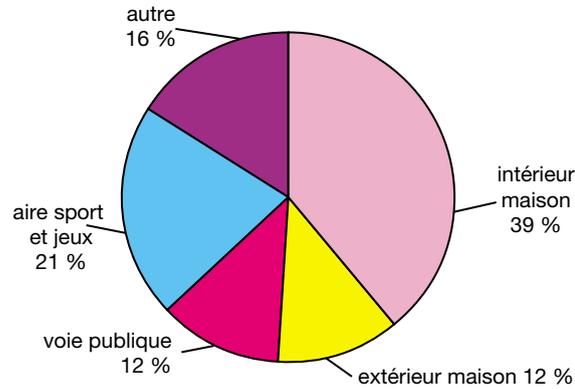
Il y a eu 140 310 accidents de la vie courante enregistrés entre 1999 et 2001 par le réseau EPAC, aux urgences de sept hôpitaux à Annecy, Besançon, Béthune, Bordeaux, Limoges, Reims, Vannes. L'âge et le sexe sont disponibles dans la quasi-totalité des cas (140 226 AcVC). La fréquence des accidents décroît 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 comprises entre 1,2 et 1,9.

Répartition chronologique

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

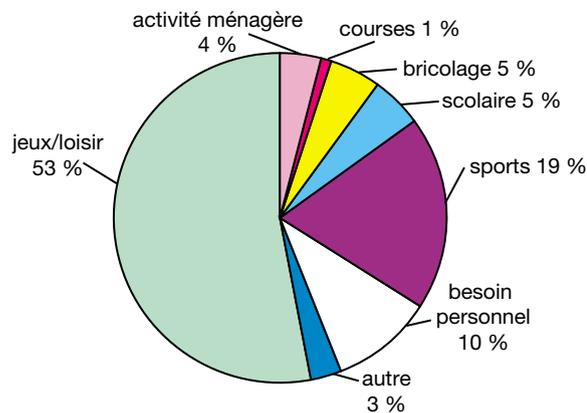
Figure 2. Répartition des AcVC par lieu



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. A 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

Figure 3. Répartition des AcVC par activité

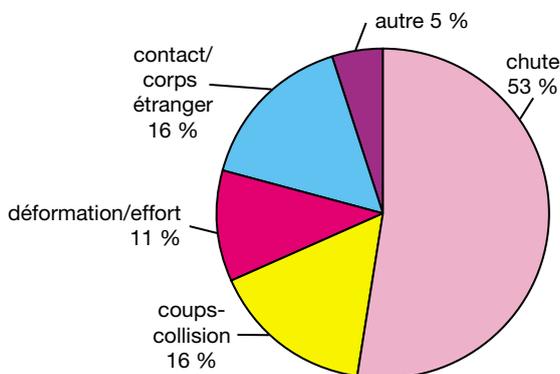


Les « jeux et loisirs » représentent plus de la moitié (53 %) des activités au moment où surviennent les AcVC. Cette proportion est indépendante du sexe (52 % pour les hommes et 55 % pour les femmes). Viennent ensuite les accidents lors de la pratique sportive (19 %), lors des « besoins personnels » (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).

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 AcVC 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. A 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

Figure 4. Répartition des AcVC par mécanisme

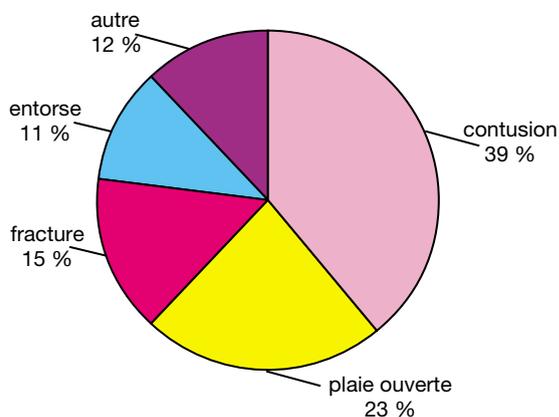


Les chutes constituent de loin le mécanisme le plus fréquent à l'origine d'un AcVC (53 %). Viennent ensuite les coups/collisions et les « contacts/corps étranger » (16 % chacun) avant les « déformations/effort » (11 %). Cette répartition des mécanismes d'AcVC est la même chez les hommes et les femmes.

Le pourcentage de chutes diminue jusqu'à l'âge de 25-30 ans puis augmente 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.

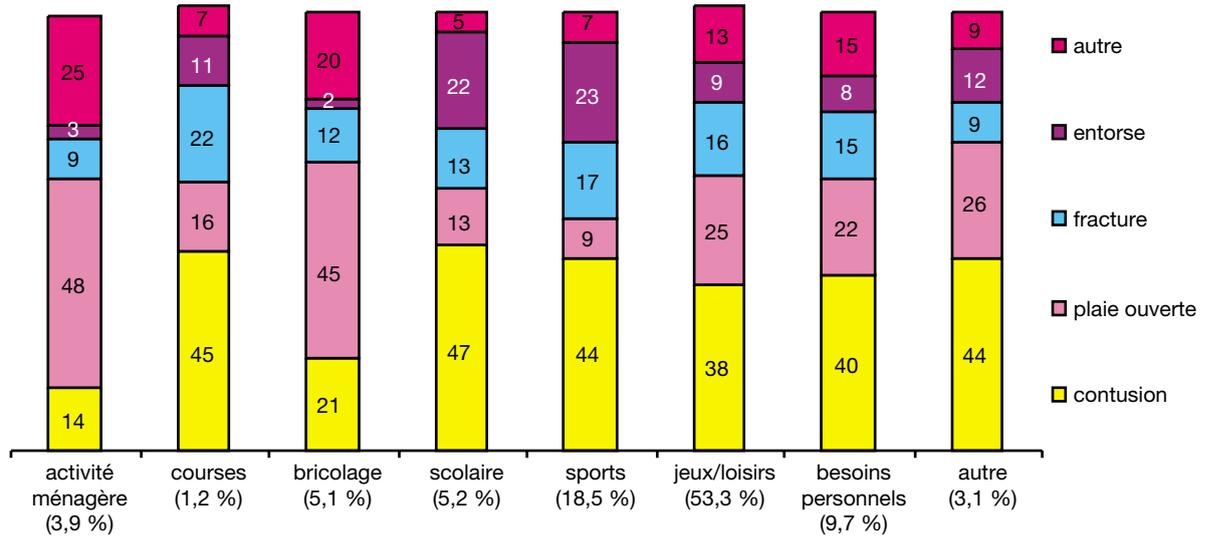
Lésions résultant des accidents

Figure 5. Répartition des AcVC par lésion



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.

Figure 6. Répartition des AcVC par lésion, selon l'activité

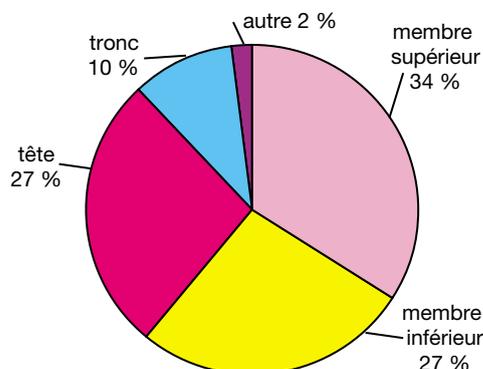


Seulement 14 % des AcVC survenus lors d'activités ménagères et 21 % survenus lors de bricolage sont des contusions. Pour ces deux activités, les plaies ouvertes sont très fréquentes : respectivement 48 % et 45 % des AcVC. Les fractures sont plus fréquentes dans les cas d'accidents survenus au moment 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 %).

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).

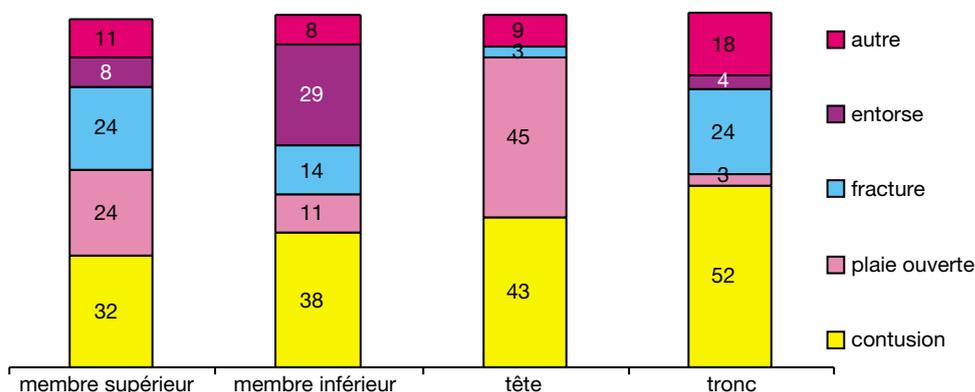
Parties lésées lors des accidents

Figure 7. Répartition des AcVC selon la partie lésée



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.

Figure 8. Répartition des AcVC par lésion, selon la partie du corps lésée

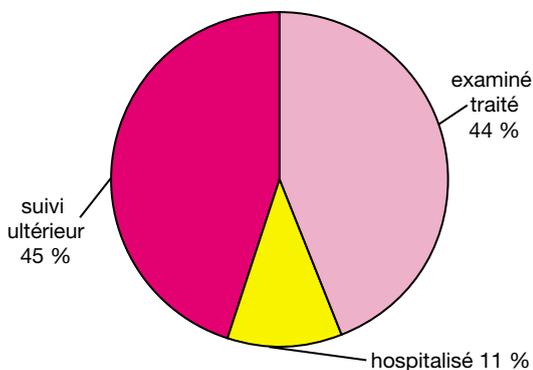


Les contusions sont les plus fréquentes des lésions, mais dans des proportions variables selon la partie lésée : 32 % des AcVC touchant le membre supérieur, 38 % le membre inférieur, 43 % la tête et 52 % le tronc. A côté des contusions, le membre supérieur est surtout le siège de plaies ouvertes et de 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). 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

Figure 9. Répartition du traitement des AcVC



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.

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. 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.