

Résultats

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



Années 1999 - 2001
réseau EPAC



Les résultats sur les accidents de la vie courante présentés dans ce document ont été établis à partir des données transmises par les centres hospitaliers suivants : CH d'Annecy, CHU de Besançon, CH de Béthune, CHU de Bordeaux, CHU de Limoges, CHU de Reims, CH de Vannes. De nombreuses personnes ont contribué à la collecte de données dans ces hôpitaux, en tant que codeur, responsable médical ou responsable administratif : Pr. Didier Aubert, Dr. Michel Buffet, Magali Colin, Cathy Dewimille, Dr. Jean-Baptiste Driencourt, Dr. François Dufosse, Anne-Marie Fabretti, Sandra Gresiak, Isabelle Jacquet, Dr. Didier Jan, Irma Leclanche, Magali Le Gurudec, Juliette Michel, Marie-Françoise Morgan, Pr. Dominique Mouliès, Thérèse Pietruschka, Marie-Christine Poirier, Odile Saint-Pau.

Cette collecte de données a bénéficié d'un soutien financier de l'Union européenne dans le cadre du réseau EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System). Jusqu'en 2000, le réseau des hôpitaux participant à la collecte a été géré par la Direction générale de la santé, sous la responsabilité du Dr Christine Duval. Il a ensuite été placé sous la responsabilité de l'Institut de veille sanitaire (InVS), dans le Département Maladies Chroniques et Traumatismes, et déclaré au Conseil national de l'information statistique sous l'appellation EPAC (Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante).

La base informatique de données a été constituée par Jean-Pierre Darlot et Marc Nectoux (Direction des systèmes d'information de l'Université Paris 5). Les données ont été traitées à l'InVS, dans le Département Maladies Chroniques et Traumatismes, sous la responsabilité du Dr. Bertrand Thélot, avec la collaboration de Sèverine Boyer, Marc Bouscasse et Cécile Ricard. La mise en forme et la rédaction du rapport ont bénéficié des relectures de Christine Lorente et du Dr Hubert Isnard (InVS).

Les résultats peuvent faire l'objet de citation ou diffusion sans but lucratif, en indiquant la source, par exemple sous la référence suivante :

Résultats de l'Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante, années 1999-2000-2001. Réseau EPAC. Thélot B (dir.). Institut de veille sanitaire, Département maladies chroniques et traumatismes, juin 2003.



Sommaire

Présentation	7
Résultats généraux	11
I. Répartition des accidents selon l'âge et le sexe, répartition chronologique	13
II. Lieu, activité, mécanisme des accidents	15
III. Lésions et parties lésées	19
IV. Prise en charge, traitement, hospitalisation	23
Accidents spécifiques	25
A. Accidents chez les enfants	27
B. Accidents chez les personnes âgées	35
C. Accidents à l'origine d'un décès aux urgences	43
D. Atteintes particulières	47
Fractures	47
Brûlures	48
Atteintes oculaires	50
E. Accidents de sports	53
F. Accidents liés à des produits spécifiques	55
Echelle et escabeau	55
Escalier	56
Chaise haute	56
Cocotte minute	57
Cuisinière et four	57
Liquide chaud	57
Annexes	59
Bibliographie	93



Présentation

1. Traumatismes et accidents

Qu'est-ce qu'un traumatisme ?

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 » (traduit de [1]).

Dans un document récent consacré aux règles et bonnes pratiques de surveillance des traumatismes, l'OMS décrit le traumatisme comme « le dommage physique causé à une personne lorsque son corps a été soumis, de façon soudaine ou brève, à un niveau d'énergie intolérable. Il peut s'agir d'une lésion corporelle provenant d'une exposition à une quantité d'énergie excédant le seuil de tolérance physiologique, ou d'une déficience fonctionnelle conséquence d'une privation d'un ou de plusieurs éléments vitaux (par exemple air, eau, chaleur), comme dans la noyade, la strangulation ou le gel. Le temps passé entre l'exposition à l'énergie et l'apparition du traumatisme est court » (traduit de [2]). L'OMS précise que cette définition inclut 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). Mais elle exclut 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. Sont également exclus de la définition les désordres mentaux et l'incapacité chronique, bien qu'ils puissent éventuellement être des conséquences de traumatismes physiques.

Qu'est-ce qu'un accident ?

La définition des accidents découle de celle des traumatismes.

Ceux-ci 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

Il peut cependant y avoir un certain flou dans la distinction entre traumatisme intentionnel et non intentionnel : lors d'une activité sportive, par exemple, un comportement ayant entraîné un accident peut être considéré comme partiellement intentionnel car lié plus ou moins explicitement à une prise de risque volontaire.

L'Union européenne, dans la version 1996 du manuel de codage des accidents domestiques et de loisir [3] fournit les définitions suivantes :

¹ en anglais : *Injury*

Accident : tout évènement indépendant de la volonté de l'homme, caractérisé par la libération soudaine d'une force extérieure, qui peut se manifester par une blessure corporelle.

Accident de la circulation routière (AC) : tout accident survenant sur la route, dans lequel au moins un véhicule en mouvement est impliqué et qui a entraîné une blessure ou des dégâts matériels.

Accident du travail (AT) : tout accident qui se produit pendant les heures de travail en relation avec un emploi salarié ou une activité indépendante.

Un accident de la vie courante (AcVC) apparaît donc dans ce cadre comme 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 de même qu'il y a recouvrement entre les accidents du travail et les accidents de la circulation (plus de la moitié des AT sont aussi des AC), certains accidents peuvent être considérés à la fois comme des AC et des AcVC, selon la définition effectivement retenue : par exemple un accident de bicyclette peut à la fois être un accident de la circulation et un accident de loisir.

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 [4]. 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 [5, 6], et dans le monde plusieurs millions [7].

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 [8, 9]. 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 [10]. 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 [11]. Chez les jeunes de moins de 25 ans, pour un décès par AcVC les proportions correspondantes sont 150, 2700 et 4900 [6]. 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 [12]. 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. Des études plus complètes restent à faire dans ce domaine très peu exploré jusqu'à présent en France. A l'étranger des travaux plus nombreux ont montré que les dépenses liées aux AcVC pouvaient représenter près de 10 % des dépenses totales de santé [13]. Aux Pays-Bas par exemple les seuls coûts médicaux directs annuels liés aux AcVC ont été estimés à 1000 euros par accidenté, d'où une dépense représentant 3,4 % du budget total consacré aux soins, pour une population égale au quart de celle de la France, de structure d'âge proche et de risque d'AcVC comparable [11, 13, 14]. Ces approches financières ne rendent par ailleurs que très incomplètement compte des souffrances et des dommages de vie irréparables causés par les AcVC.

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 [15], les accidents domestiques, de sport et de loisirs, et à l'école n'arrivent qu'en 9^{ème}, 10^{ème} et 12^{ème} positions dans les craintes de risque pour la santé chez les 12-75 ans, 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 [16], et en particulier un obstacle sémantique : lorsqu'on parle d'un accident dans le langage courant, ce terme est souvent porteur d'une signification résignée : l'accident est considéré comme « inévitable » parce que justement « c'est un accident », on se réfugie ici dans l'acceptation d'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. Les noyades, accidents de bricolage, chutes en parapente, explosions d'autocuiseur, accidents de cheval ou de rugby, brûlures, etc. ont en effet peu de points communs. Les différentes causes d'AcVC sont nombreuses et variées, chacune prise individuellement provoquant souvent peu d'accidents. 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 [4]; les enquêtes menées entre 1987 et 1995 dans quelques régions par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) [17] ; 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 (voir annexe 1). 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. Dans chaque cas, il a été considéré comme nécessaire de disposer d'un tel recueil, malgré ses inconvénients : 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.

Ce recueil a fait l'objet de critiques, au niveau de l'Union européenne comme en France [18, 19]. En Europe, la critique a été alimentée par le fait que, malgré les subventions accordées aux Etats pour la collecte des données, il n'a jamais été vraiment possible d'effectuer des comparaisons rigoureuses entre Etats sur les AcVC à partir des résultats fournis par EHLASS. Les hétérogénéités entre recueils, le manque d'exhaustivité et l'absence d'analyses de qualité sont en cause. 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 pour tenir compte des critiques méthodologiques dont il faisait l'objet. La décision de poursuivre le recueil s'est accompagnée d'une double volonté de développement :

- de la collecte des données :
 - assurer les conditions d'un enregistrement permanent et exhaustif des données dans les hôpitaux participants, et se donner les moyens d'en vérifier la qualité ;
 - développer quantitativement le recueil en intégrant davantage d'établissements collecteurs de données, le but étant de disposer de résultats pouvant faire l'objet d'extrapolations en population.
- de la diffusion des résultats : mettre effectivement à disposition des demandeurs d'information les résultats disponibles issus de EPAC (en plus des résultats sur les AcVC provenant d'autres enquêtes).

Le présent rapport se place dans cette perspective de diffusion de résultats. Il 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. On trouvera en annexe 2 la liste des principaux items et regroupements utilisés pour l'exploitation statistique des données.

La répartition des enregistrements par hôpital, détaillée en annexe 3, 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 %

Les analyses de qualité systématiques n'ont débuté que fin 2002, et n'ont pas porté sur les données des années précédentes. 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 [20, 21], 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 : par exemple, on pourra admettre que les accidents dus à des chutes dans les escaliers sont cinq fois plus nombreux que les brûlures par des liquides chauds. Ces résultats sont valides sur les zones d'attraction des hôpitaux. On a par ailleurs considéré qu'il n'était pas possible de présenter des résultats évolutifs dans le temps, en l'absence d'informations sur les caractéristiques des données manquantes dans les hôpitaux.

Les résultats descriptifs EPAC ci-après sont présentés en deux parties :

- Résultats globaux pour toutes les données collectées entre 1999 et 2001
- Accidents spécifiques, détaillant certains résultats selon :
 - le groupe d'âge (enfants, personnes âgées)
 - le devenir (décès)
 - la lésion (fracture, brûlure, atteinte oculaire)
 - l'origine sportive de l'accident
 - l'implication de certains produits.

La présentation des résultats de chaque partie suit l'ordre suivant : répartition des AcVC selon l'âge et le sexe ; lieu, activité, mécanisme des AcVC ; lésions et parties lésées lors de l'AcVC ; prise en charge, traitement, hospitalisation. Des résultats complémentaires par sexe ont été reportés dans les annexes 4 à 7. Une bibliographie a été placée en fin de rapport.

Enquête Permanente sur les
Accidents de la Vie Courante EPAC

Résultats généraux

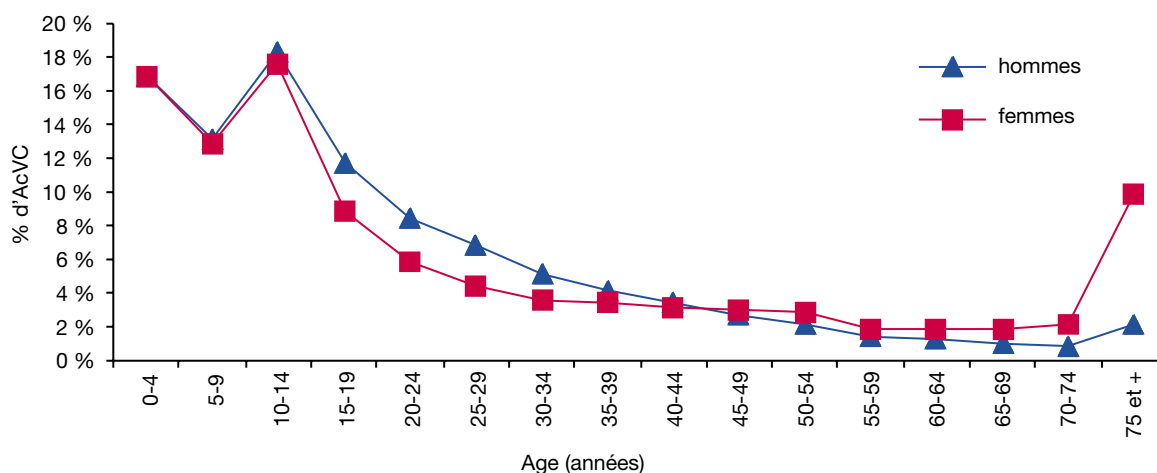
1999-2000-2001

I. Répartition des accidents selon l'âge et le sexe

Répartition chronologique

I.1. Répartition des accidents selon l'âge et le sexe

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



		0-1 an	2-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	>74 ans	Total
Hommes	Effectif	4 992	8 869	10 776	14 961	16 519	16 098	6 345	1 619	1 788	81 967
	%	6 %	11 %	13 %	18 %	20 %	20 %	8 %	2 %	2 %	100 %
Femmes	Effectif	3 864	5 910	7 473	10 265	8 529	8 624	5 477	2 375	5 742	58 259
	%	7 %	10 %	13 %	18 %	15 %	15 %	9 %	4 %	10 %	100 %
Total	Effectif	8 856	14 779	18 249	25 226	25 048	24 722	11 822	3 994	7 530	140 226
	%	6 %	11 %	13 %	18 %	18 %	18 %	8 %	3 %	5 %	100 %
sex ratio	H/F	1,3	1,5	1,4	1,5	1,9	1,9	1,2	0,7	0,3	1,4

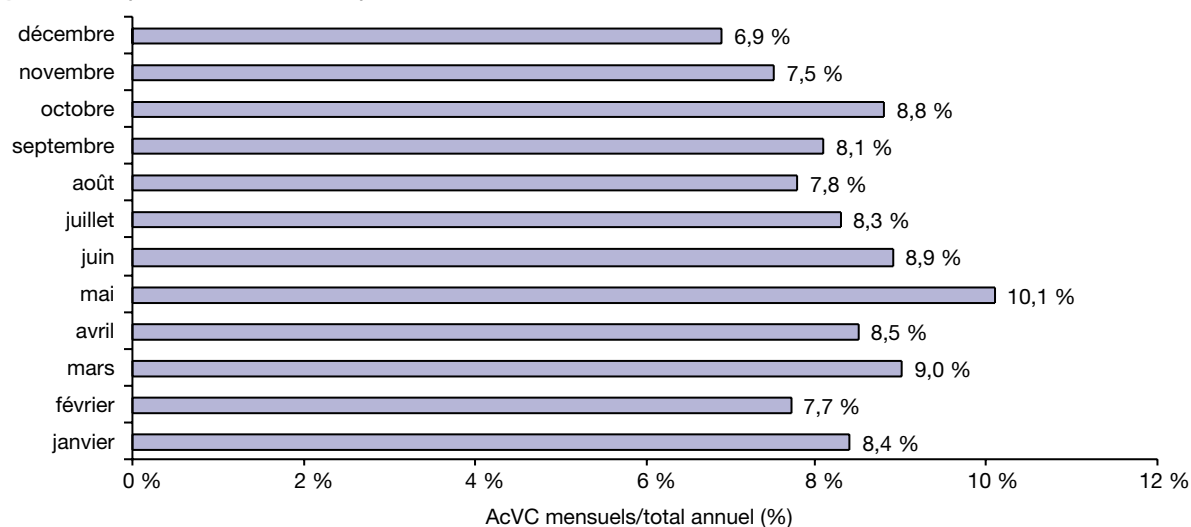
Il y a eu 140 310 accidents de la vie courante enregistrés entre 1999 et 2001 par le réseau EPAC, aux urgences de sept hôpitaux à Annecy, Besançon, Béthune, Bordeaux, Limoges, Reims, Vannes.

Les conditions méthodologiques de ce recueil (cf. pages précédentes) ne garantissent ni son exhaustivité ni sa qualité. Les résultats sont donc établis sous l'hypothèse que les données manquantes sont de même structure que celles qui ont été collectées. Par ailleurs, les hôpitaux qui ont fourni des données ont leurs propres particularités de « clientèle hospitalière », et leur activité d'urgence n'est pas nécessairement représentative de celle de l'ensemble des hôpitaux français. La représentativité en population des résultats n'est donc pas garantie.

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 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 comprises entre 1,2 et 1,9.

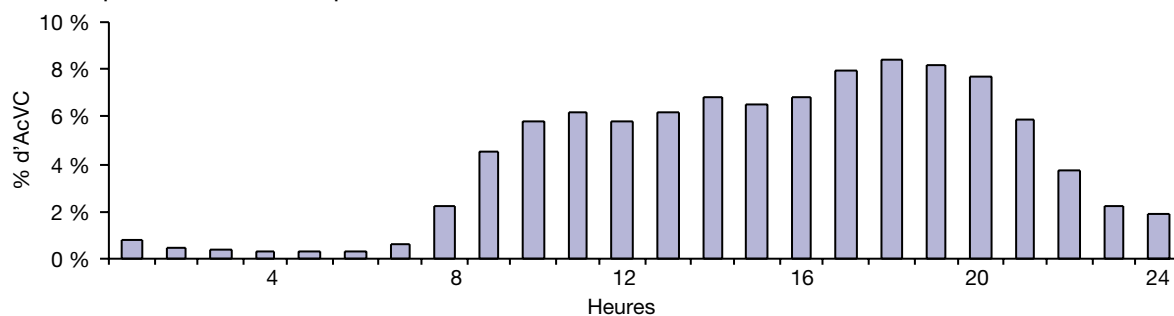
I.2. Répartition chronologique des accidents

Figure 2. Répartition des AcVC par mois



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.

Figure 3. Répartition des AcVC par heure

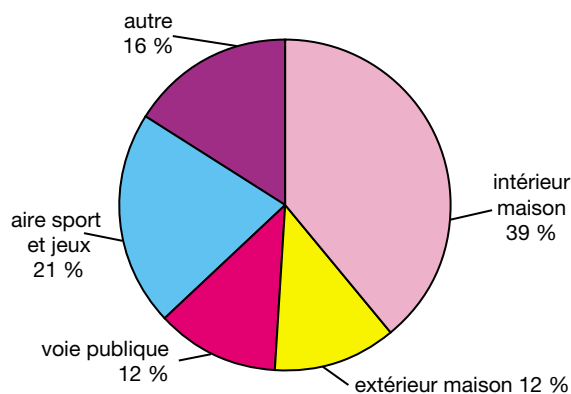


La répartition horaire est celle de l'activité des services d'urgence ayant participé au recueil : une activité soutenue à partir de 9 heures du matin, un maximum en fin d'après-midi et jusque vers 10 heures du soir, peu de recours entre minuit et 7 heures du matin.

II. Lieu, activité, mécanisme des accidents

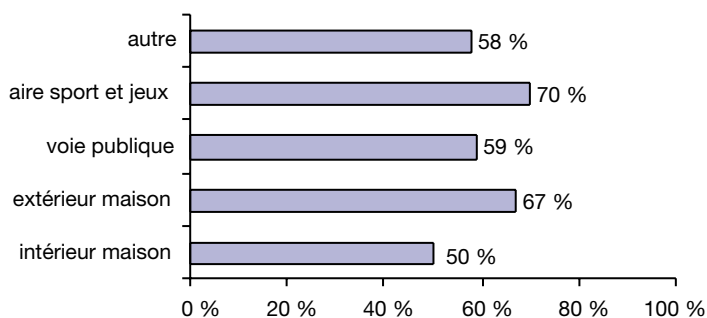
II.1. Lieu de survenue des accidents

Figure 4. Répartition des AcVC par lieu



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 chez les femmes surviennent à l'intérieur de la maison, contre 33 % des AcVC 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).

Figure 5. Proportion d'hommes selon le lieu des AcVC



La surreprésentation masculine est principalement due aux AcVC survenus sur les « aires de sport et de jeu » (70 % d'AcVC chez les hommes, sex ratio 2,3), et à l'extérieur de la maison (67 %, sex ratio 2).

Figure 6. Répartition des AcVC par lieu, selon l'âge, chez les hommes

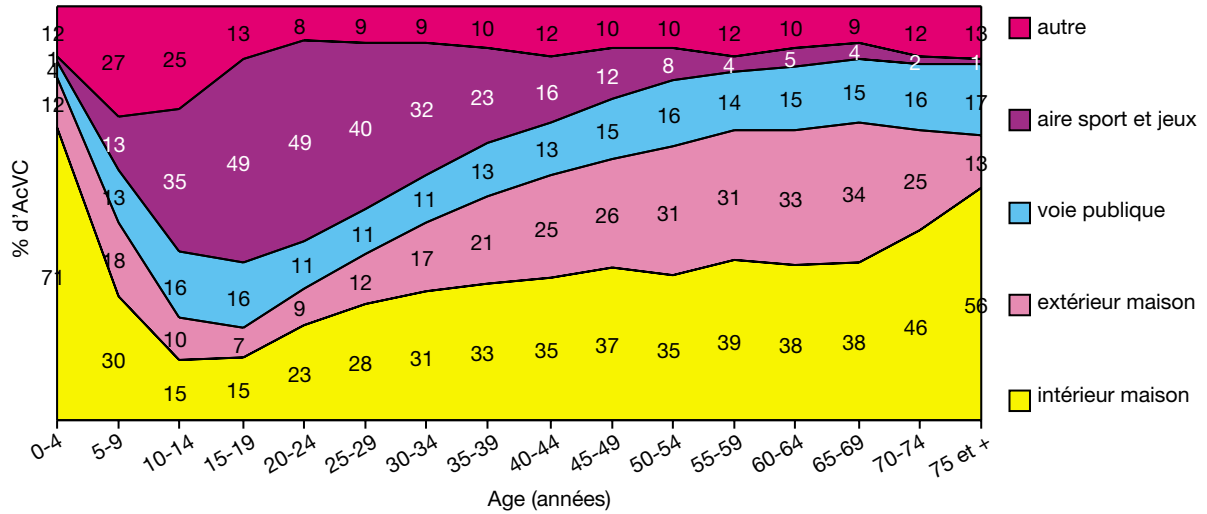
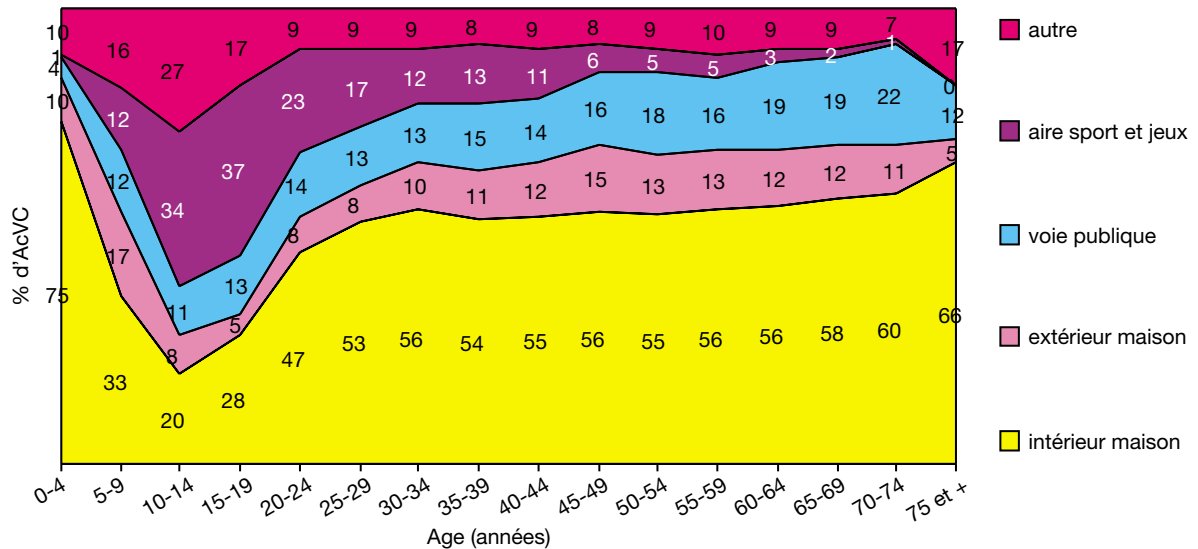


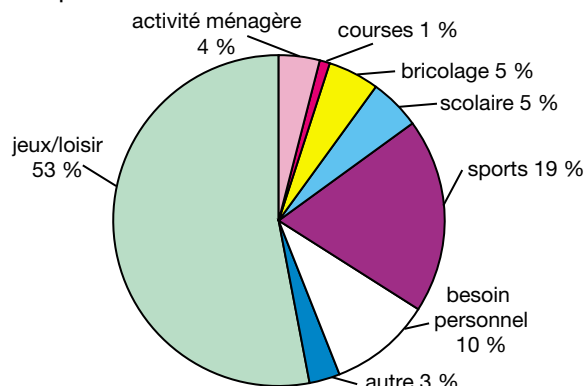
Figure 7. Répartition des AcVC par lieu, selon l'âge, chez les femmes



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. Certaines activités réputées plus « masculines », telles le sport ou le bricolage génèrent davantage d'AcVC chez les hommes. De 15 à 34 ans, les hommes ont ainsi 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.

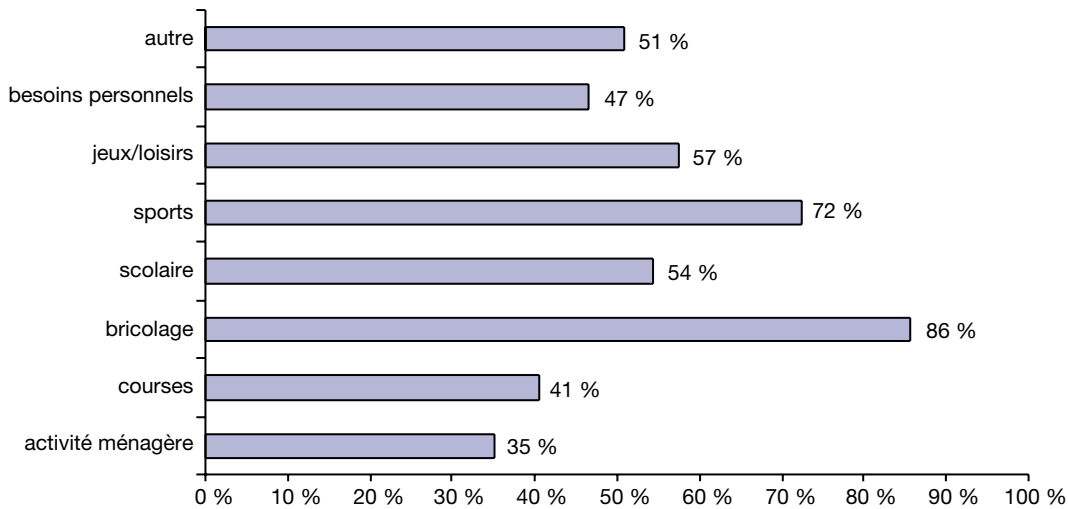
II.2. Activité au moment des accidents

Figure 8. Répartition des AcVC par activité



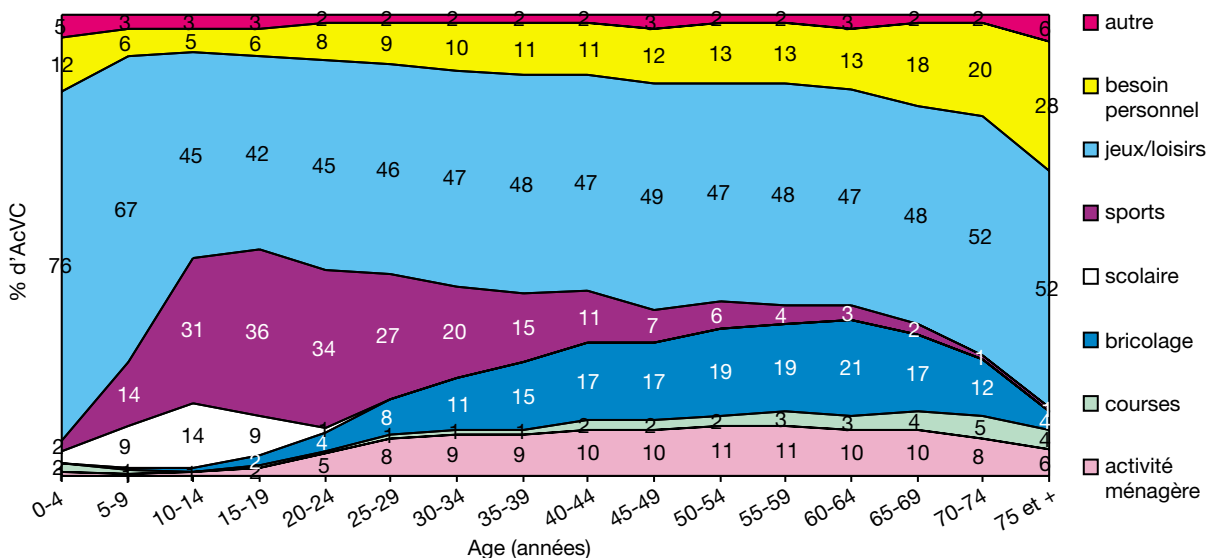
Les « jeux et loisirs » représentent plus de la moitié (53 %) des activités au moment où surviennent les AcVC. Cette proportion est indépendante du sexe (52 % pour les hommes et 55 % pour les femmes). Viennent ensuite les accidents lors de la pratique sportive (19 %), lors des « besoins personnels » (10 %), puis en cas de bricolage ou en milieu scolaire (5 % chacun), et lors d'activité ménagère (3 %).

Figure 9. Proportion d'hommes selon l'activité lors de l'accident



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) ou les courses (41 %, sex ratio 0,7).

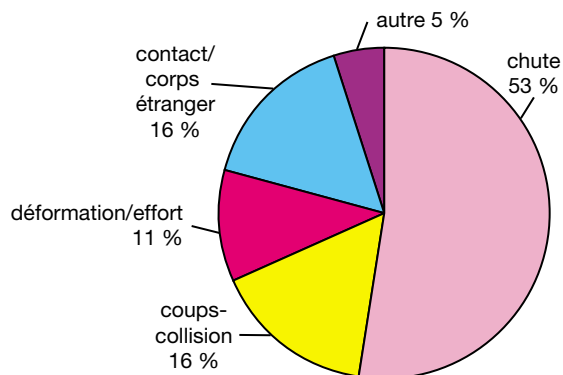
Figure 10. Répartition des AcVC par activité au moment de l'accident, selon l'âge



La répartition des activités au moment de la survenue d'un AcVC est très variable avec l'âge : augmentation des AcVC liés aux « besoins personnels ». 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 [22]. A partir de 25 ans, les AcVC sont souvent liés aux activités ménagères (surtout chez les femmes) et au bricolage (surtout chez les hommes). Le détail par sexe de ces résultats est reporté en annexe 4.

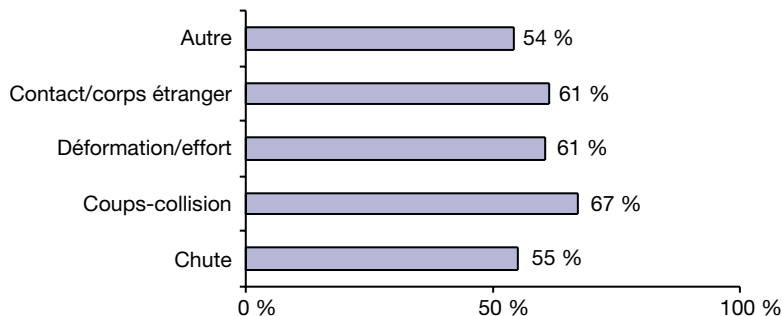
II.3. Mécanisme des accidents

Figure 11. Répartition des AcVC par mécanisme



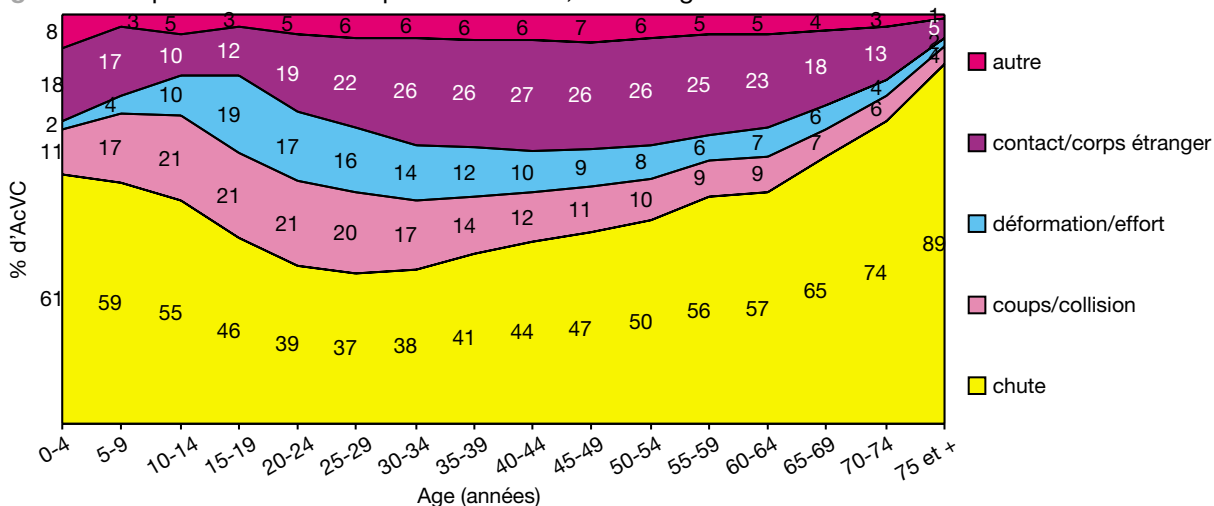
Les chutes constituent de loin le mécanisme le plus fréquent à l'origine d'un AcVC (53 %). Viennent ensuite les coups/collisions et les « contacts/corps étranger » (16 % chacun) avant les « déformations/effort » (11 %). Cette répartition des mécanismes d'AcVC est la même chez les hommes et les femmes.

Figure 12. Proportion d'hommes selon le mécanisme de l'accident



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). Les chutes sont les moins inégalement réparties entre hommes et femmes (55 % d'AcVC chez les hommes, sex ratio 1,2).

Figure 13. Répartition des AcVC par mécanisme, selon l'âge

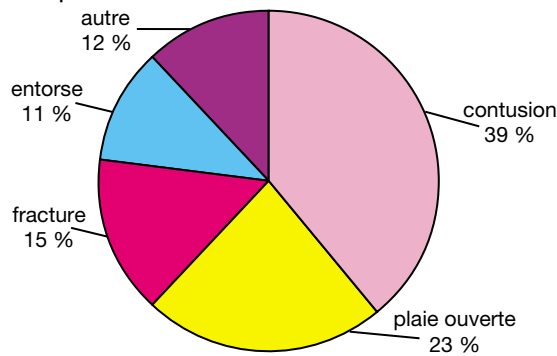


Le pourcentage de chutes diminue jusqu'à l'âge de 25-30 ans puis augmente ensuite. Les chutes concernent notamment les enfants (60 % des AcVC en dessous de 10 ans) et les personnes âgées (89 % des AcVC à 75 ans et plus). Les coups/collisions représentent près d'un AcVC sur cinq avant 30 ans. Le détail par sexe de ces résultats est reporté annexe 4.

III. Lésions et parties lésées

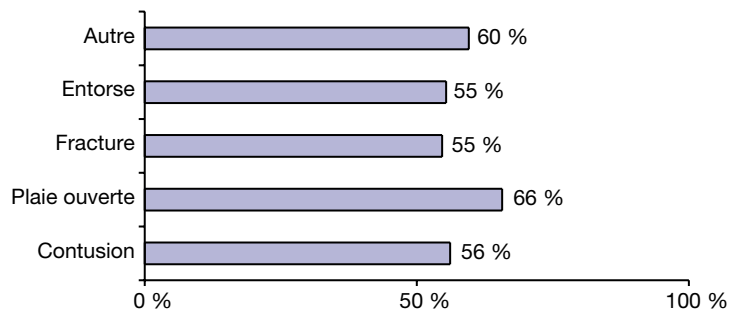
III.1. Lésions résultant des accidents

Figure 14. Répartition des AcVC par lésion



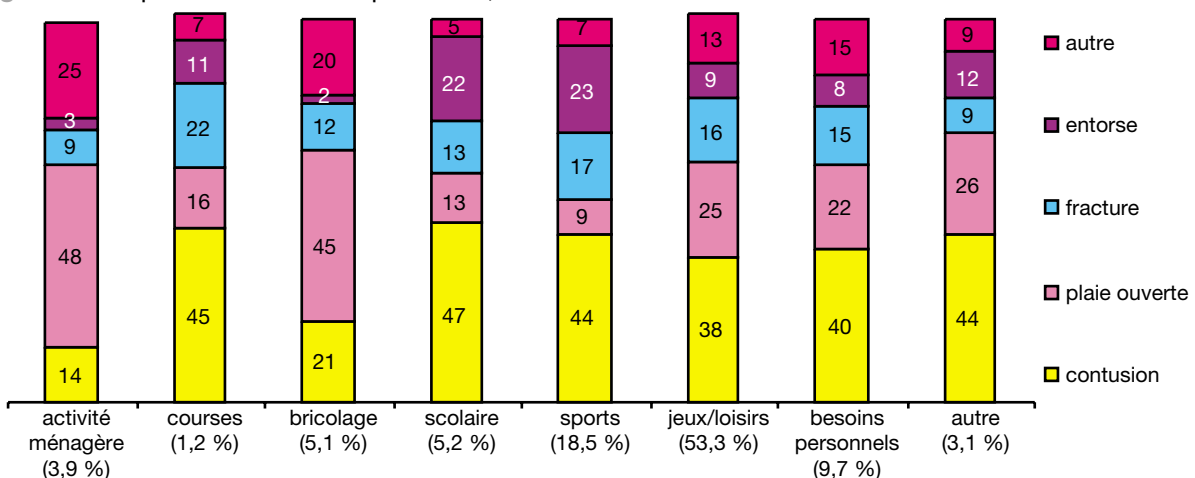
Les contusions constituent les principales lésions lors d'un AcVC (39 % des lésions), suivies par les plaies ouvertes (23 %), les fractures (15 %), et les entorses (11 %). Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes concernant la répartition des lésions.

Figure 15. Proportion d'hommes selon la lésion



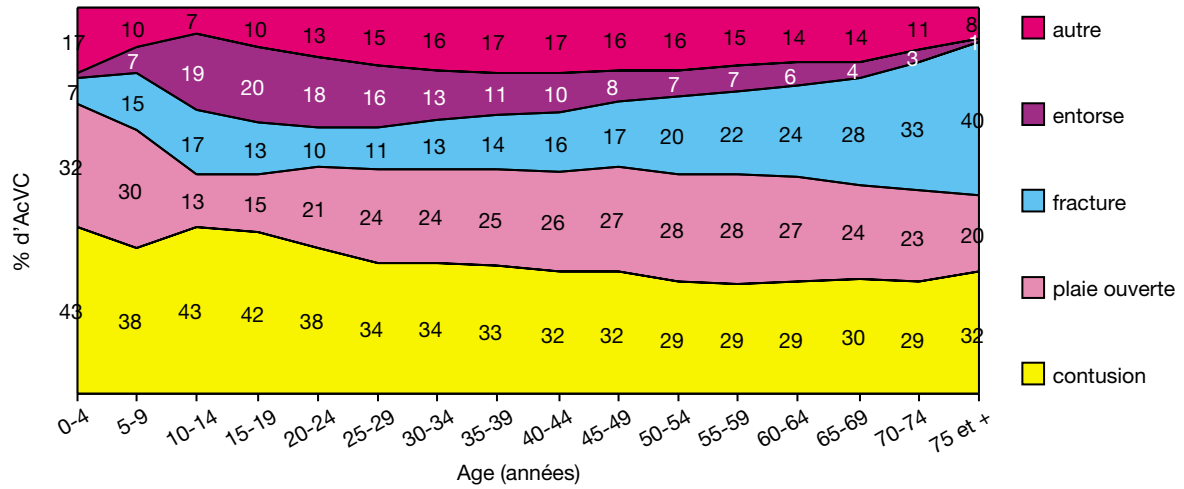
La surreprésentation masculine varie entre les plaies ouvertes (66 % des AcVC chez les hommes, sex ratio 2) et les entorses et les fractures (55 % chez les hommes, sex ratio 1,2).

Figure 16. 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 %).

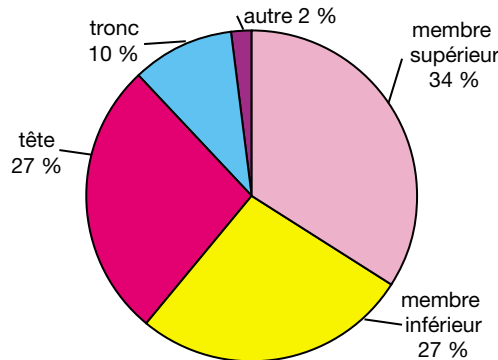
Figure 17. Répartition des AcVC par lésion, selon l'âge



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). Le détail par sexe de ces résultats est reporté annexe 4.

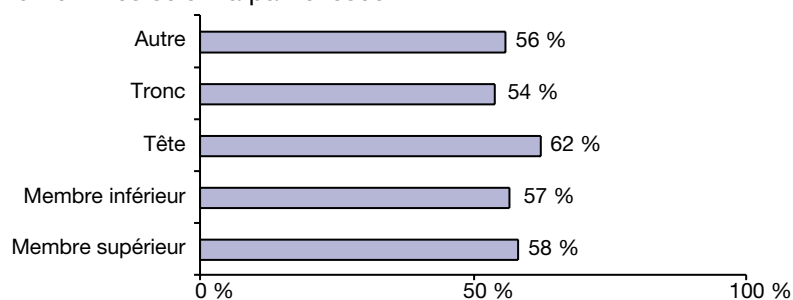
III.2. Parties lésées lors des accidents

Figure 18. Répartition des AcVC selon la partie lésée



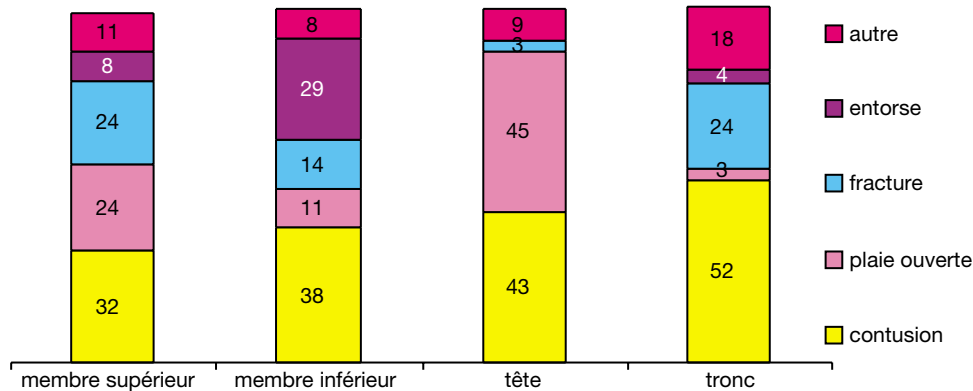
Les lésions concernent surtout le membre supérieur (34 %), puis le membre inférieur et la tête (27 % chacun) et le tronc (10 %). La répartition des lésions selon les parties du corps est la même chez les hommes et les femmes.

Figure 19. Proportion d'hommes selon la partie lésée



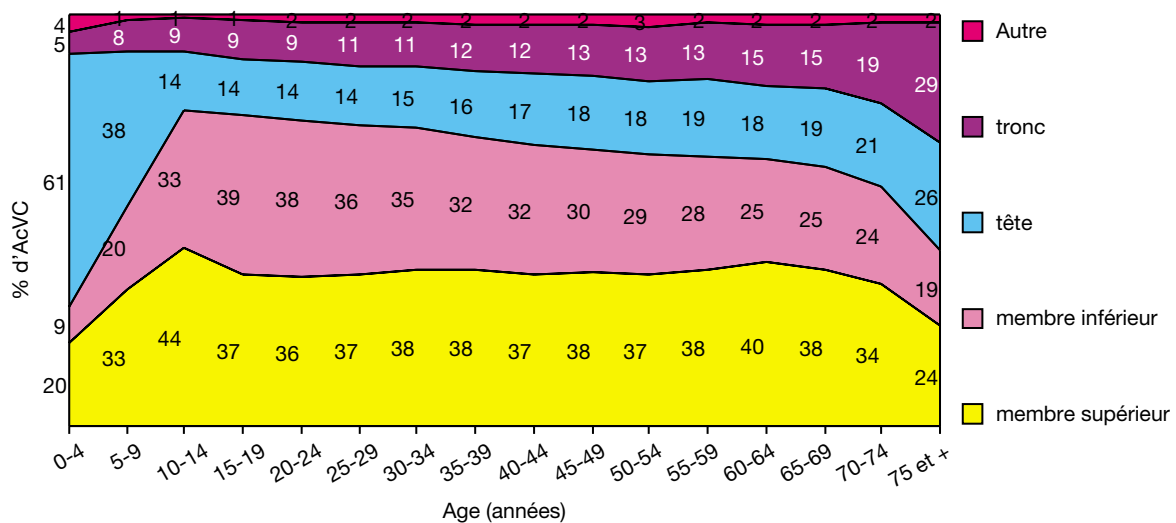
On retrouve la surreprésentation masculine quelle que soit la partie lésée, plus marquée pour la tête (62 % des AcVC chez les hommes, sex ratio 1,6) que pour les membres supérieur ou inférieur (sex ratio 1,4) ou le tronc (sex ratio 1,2).

Figure 20. 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 %). Le détail par sexe de ces résultats est reporté annexe 5.

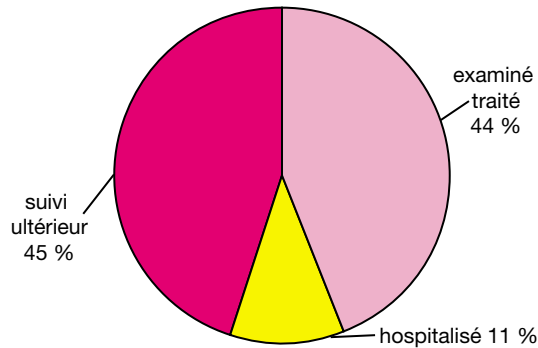
Figure 21. Répartition des AcVC par partie lésée, selon l'âge



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). Le détail par sexe de ces résultats est reporté annexe 4.

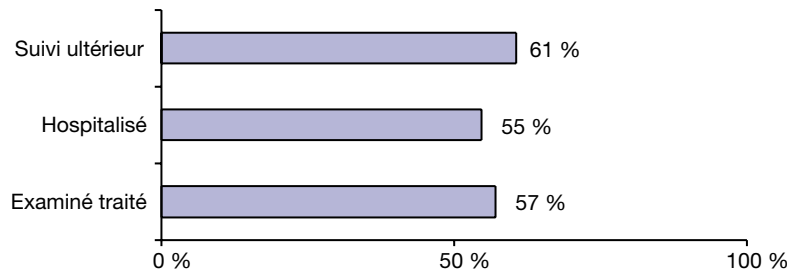
IV. Prise en charge, traitement, hospitalisation

Figure 22. Répartition du traitement des AcVC



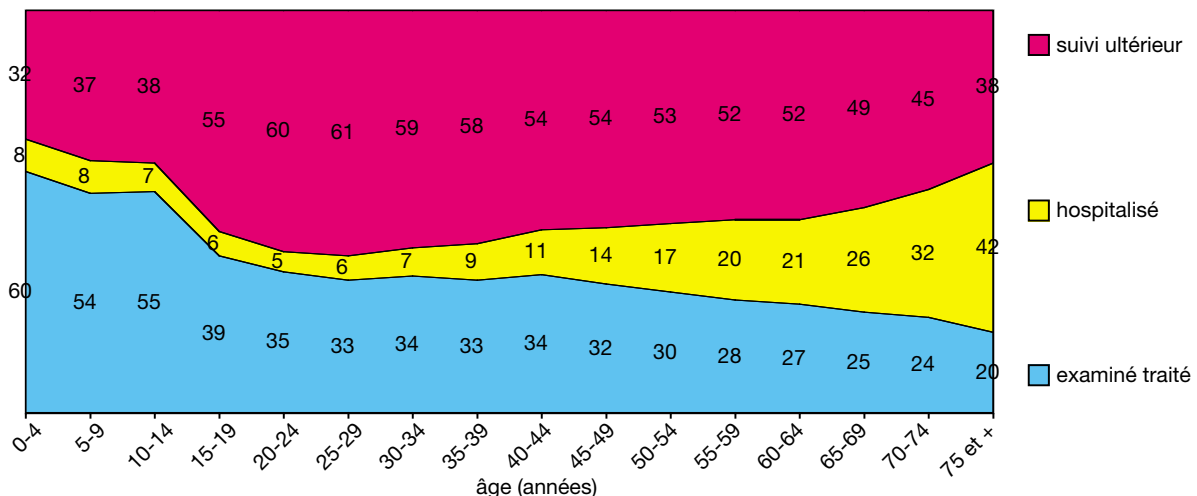
Près de la moitié des AcVC (44 %) sont bénins, au sens où ils n'entraînent aucun traitement ou le retour au domicile après traitement. Une proportion équivalente (45 %) fait l'objet d'un traitement avec suivi ultérieur. Le complément, 11 %, donne lieu à une hospitalisation après passage aux urgences. Les proportions de ces différentes modalités de prise en charge sont indépendantes du sexe de l'accidenté.

Figure 23. Proportion d'hommes selon la modalité de traitement



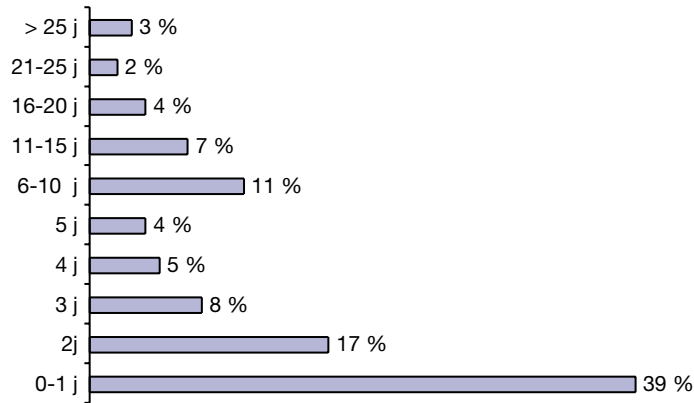
Les proportions d'hommes dans ces modalités de prise en charge sont les suivantes : 57 % des accidentés traités sans suivi ultérieur sont des hommes (sex ratio 1,3), ainsi que 61 % des traités avec suivi ultérieur (sex ratio 1,6), et 55 % des hospitalisés (sex ratio 1,2).

Figure 24. Répartition des AcVC par modalité du traitement, selon l'âge



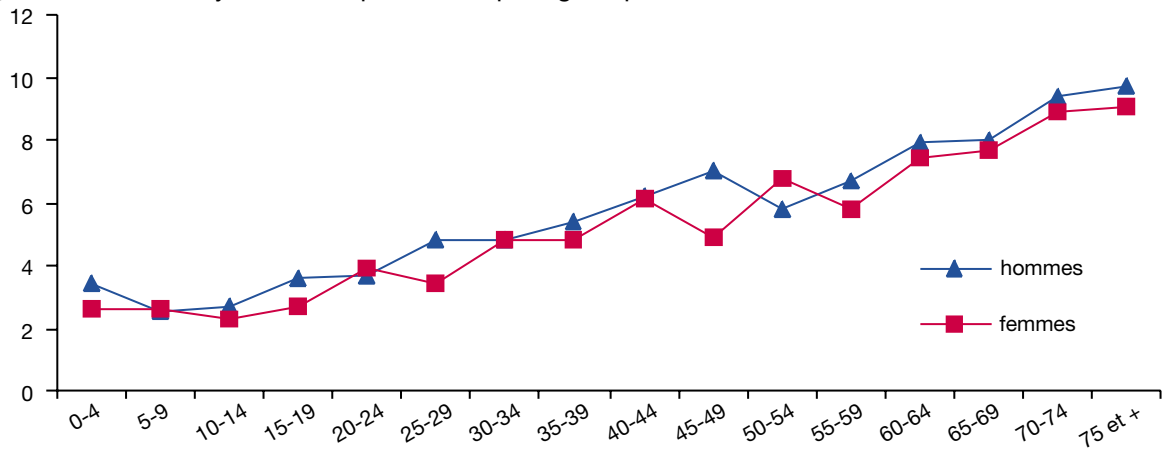
Le taux d'hospitalisation est de 8 % des accidentés au-dessous de 10 ans, il décroît d'abord avec l'âge jusqu'à 5 % entre 20 et 24 ans, puis augmente pour atteindre 42 % des accidentés de 75 ans et plus. Le détail par sexe de ces résultats est reporté annexe 4. Le détail par sexe des hospitalisations selon le lieu, l'activité, le mécanisme, l'activité, la lésion et la partie lésée sont reportés en annexe 6.

Figure 25. Répartition des AcVC hospitalisés selon le nombre de jours d'hospitalisation



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).

Figure 26. Durée moyenne d'hospitalisation par âge et par sexe



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.

Enquête Permanente sur les
Accidents de la Vie Courante EPAC

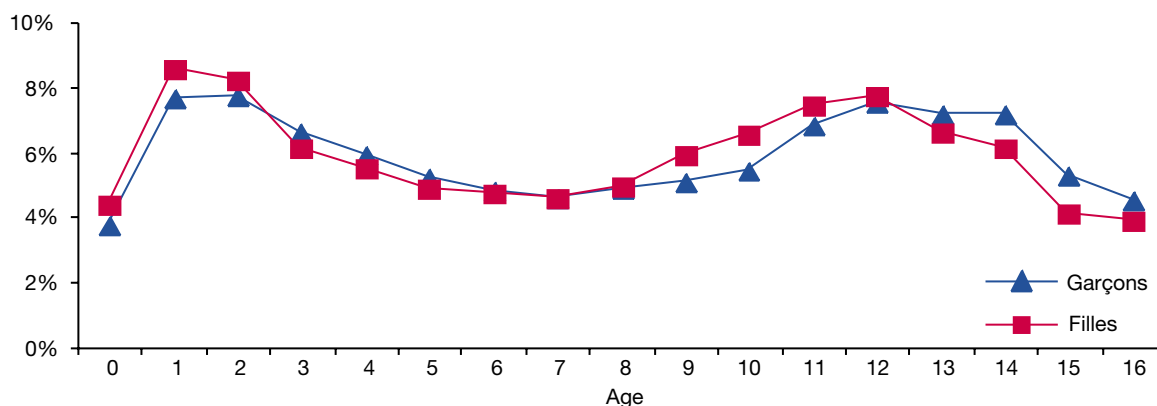
Accidents spécifiques

1999-2000-2001

A. Accidents chez les enfants

I. Répartition des accidents selon l'âge et le sexe

Figure 27. Répartition des AcVC chez les enfants selon l'âge et le sexe



	0-11 mois	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	Total
Garçons																		
Effectif	1 636	3 356	3 370	2 902	2 597	2 274	2 102	2 027	2 140	2 233	2 391	2 998	3 305	3 140	3 127	2 317	1 990	43 905
%	3,7	7,6	7,7	6,6	5,9	5,2	4,8	4,6	4,9	5,1	5,4	6,8	7,5	7,2	7,1	5,3	4,5	100
Filles																		
Effectif	1 313	2 551	2 441	1 825	1 644	1 456	1 414	1 365	1 475	1 763	1 948	2 213	2 315	1 967	1 822	1 222	1 169	29 903
%	4,4	8,5	8,2	6,1	5,5	4,9	4,7	4,6	4,9	5,9	6,5	7,4	7,7	6,6	6,1	4,1	3,9	100
Total																		
Effectif	2 949	5 907	5 811	4 727	4 241	3 730	3 516	3 392	3 615	3 996	4 339	5 211	5 620	5 107	4 949	3 539	3 159	73 808
%	4,0	8,0	7,9	6,4	5,7	5,1	4,8	4,6	4,9	5,4	5,9	7,1	7,6	6,9	6,7	4,8	4,3	100
Sex ratio																		
G/F	1,2	1,3	1,4	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,3	1,2	1,4	1,4	1,6	1,7	1,9	1,7	1,5

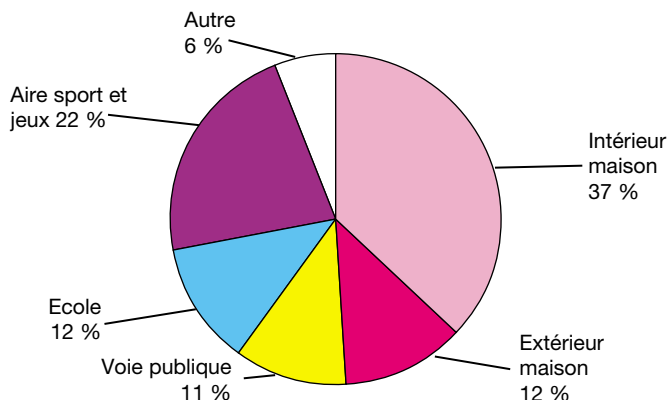
Les enfants sont souvent victimes d'accidents de la vie courante. Pour les enfants en bas âge, malgré les progrès accomplis depuis les années 80, les AcVC dans leur ensemble restent une des principales causes de décès prématuré [4, 21, 22]. Entre 1999 et 2001, le réseau EPAC a enregistré près de 74 000 accidents de la vie courante chez les enfants de 0 à 16 ans, ce qui représente 53 % des 140 310 AcVC enregistrés durant ces 3 années. Six hôpitaux du réseau ont fourni des données pour les adultes aussi bien que pour les enfants (hôpitaux publics à Annecy, Béthune, Bordeaux, Limoges, Reims, Vannes), le CHU de Besançon n'a transmis que les AcVC venus aux urgences pédiatriques.

Sous les réserves méthodologiques exposées précédemment (l'exhaustivité et la représentativité des données n'ont pas fait l'objet de contrôles et sont impossibles à garantir), les données de la base EPAC entre 1999 et 2001 mettent en évidence une surreprésentation masculine dans la survenue des accidents de la vie courante, avec un sex ratio global de 1,5 entre 0 et 16 ans : près de 60 % des AcVC surviennent chez les garçons. En dessous de 2 ans, ce déséquilibre entre les sexes est moins marqué (56 % de garçons, sex ratio 1,3).

II. Lieu, activité, mécanisme des accidents

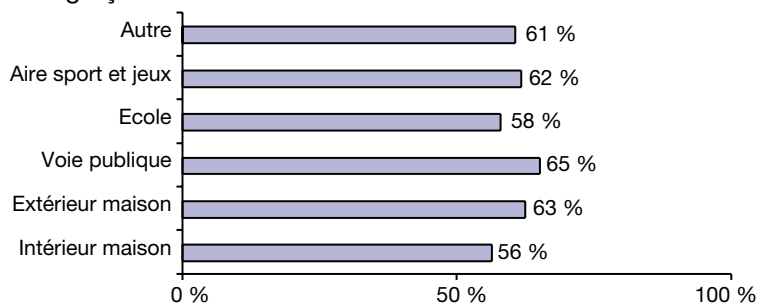
II.1. Lieu de survenue des accidents

Figure 28. Lieu de survenue des AcVC chez les enfants



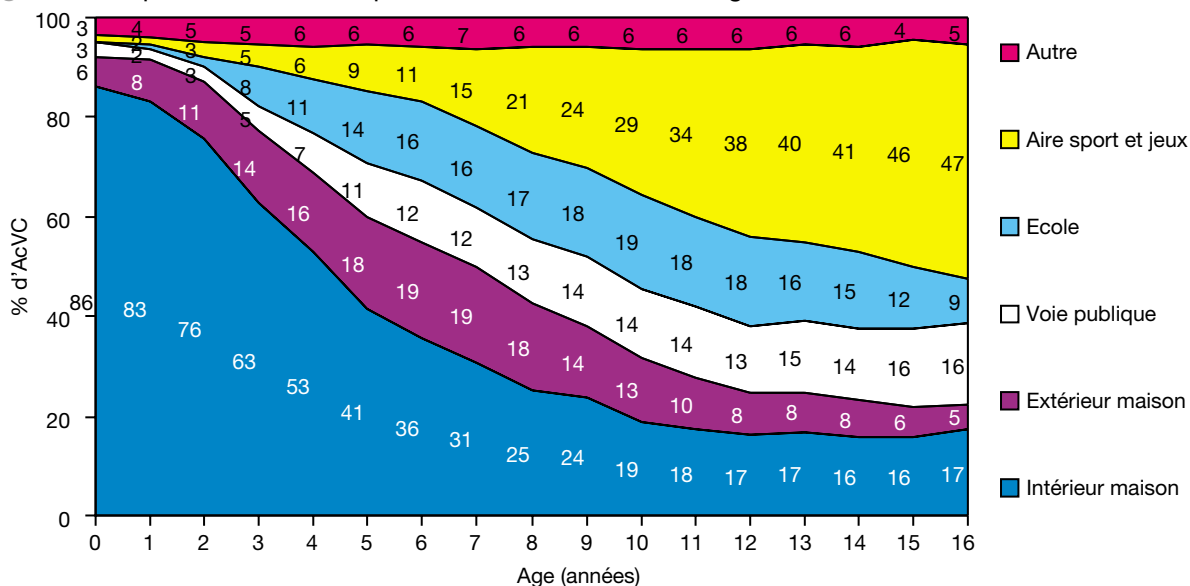
Chez les enfants de 0 à 16 ans, les AcVC surviennent principalement à l'intérieur de la maison (57 % des cas), ainsi que sur les aires de sport et de jeux (22 %), à l'école et à l'extérieur de la maison (12 % chacun) et sur la voie publique (11 %).

Figure 29. Proportion de garçons selon le lieu de l'accident



La surreprésentation masculine est surtout marquée pour les AcVC survenus sur la voie publique et à l'extérieur de la maison (65 % et 63 % des AcVC chez les garçons, sex ratio 1,9 et 1,7) ; elle est moins importante pour les AcVC survenus à l'intérieur de la maison (56 % des AcVC chez les garçons, sex ratio 1,3).

Figure 30. Répartition des AcVC par lieu de survenue, selon l'âge

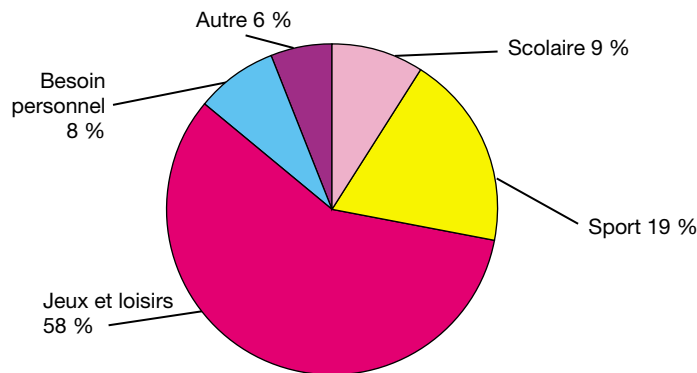


Chez les tout-petits, c'est l'intérieur de la maison qui représente le lieu privilégié de survenue des AcVC (plus de 80 % des accidents), particulièrement la chambre et la cuisine pour les moins de un an, la cuisine

et la salle de séjour pour les 1 à 4 ans. On enregistre également chez les moins de un an de nombreux AcVC dans la salle de bain, ce qui doit inciter à renforcer les conseils de surveillance auprès des parents. Après 1 an, les enfants marchent, ce qui leur permet de découvrir le monde qui les entoure, de jouer à l'extérieur, et d'échapper plus facilement à la surveillance de leurs parents. L'âge augmentant, ces accidents diminuent et font place aux accidents à l'extérieur de la maison (19 % des AcVC à 6-7 ans), sur la voie publique (16 % des AcVC à 16 ans), et surtout sur les aires de sport et de jeux (47 % des AcVC à 16 ans).

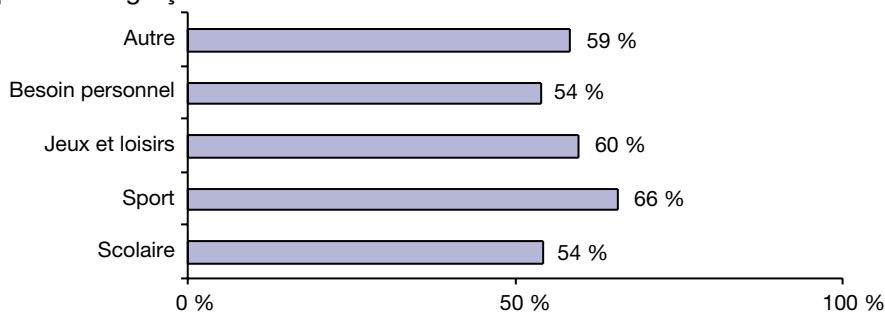
II.2. Activité au moment des accidents

Figure 31. Répartition des activités chez les enfants



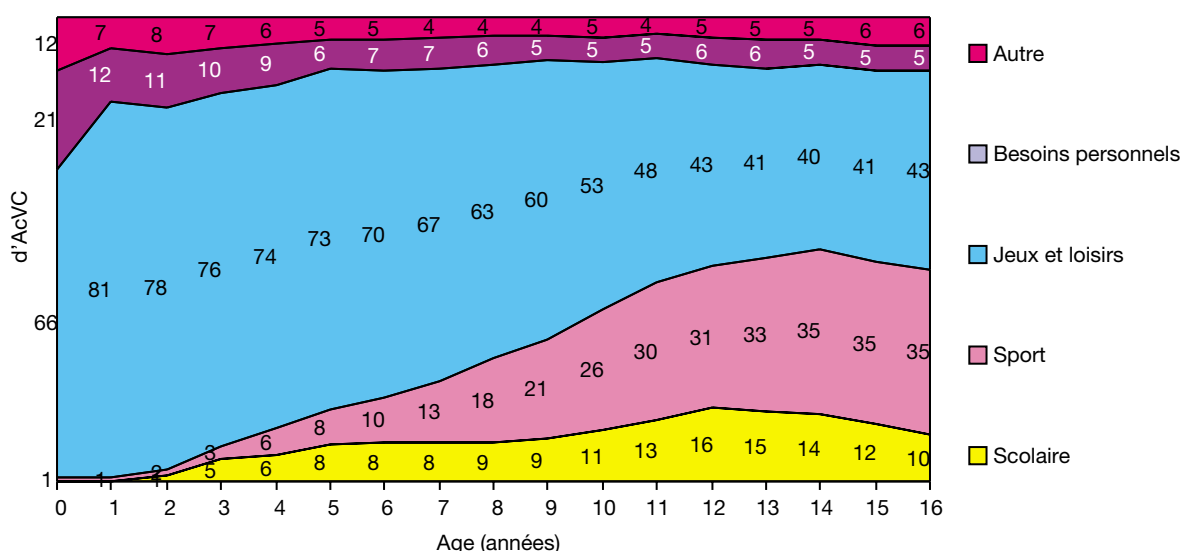
Les jeux et loisirs constituent l'activité la plus souvent enregistrée lors de la survenue d'un AcVC entre 0 et 16 ans (58 % des accidents). Viennent ensuite le sport (19 %) et les activités en milieu scolaire (9 %).

Figure 32. Proportion de garçons selon l'activité



Il y a une surreprésentation masculine marquée quelle que soit l'activité, et en particulier lors des accidents de sport (66 % des AcVC chez les garçons, sex ratio 2).

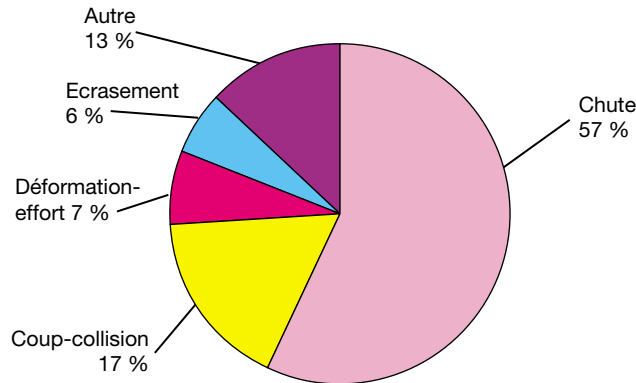
Figure 33. Répartition des AcVC par activité, selon l'âge



Les accidents de jeux et de loisirs représentent près de 80 % des AcVC avant 5 ans. Ils décroissent régulièrement ensuite avec l'âge, remplacés surtout par les accidents de sport (un tiers des AcVC à partir de 13 ans) et dans une moindre mesure par les accidents survenus en milieu scolaire (15 % des AcVC à 13 ans).

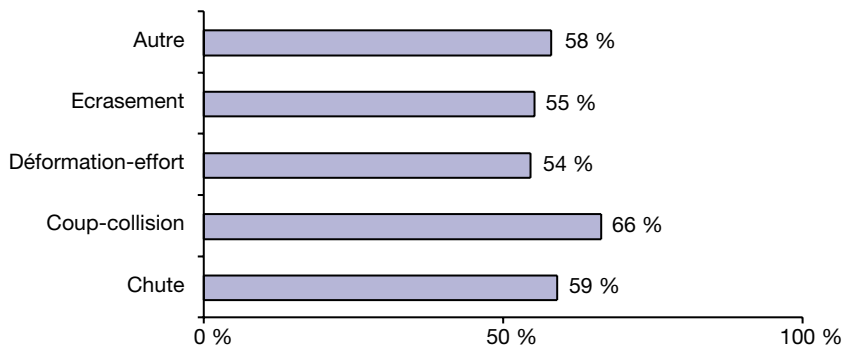
II.3. Mécanisme des accidents

Figure 34. Mécanisme en cause lors de l'accident



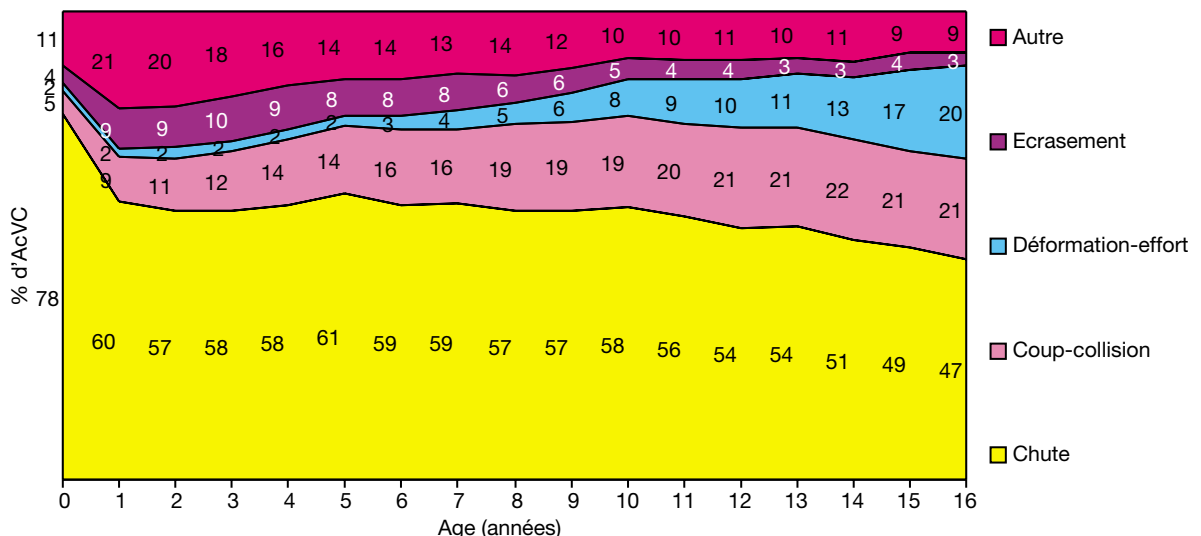
Les chutes constituent de loin le mécanisme le plus fréquent à l'origine d'un AcVC (57 %) chez les enfants de 0 à 16 ans. Viennent ensuite les coups/collisions (17 %), puis les déformations/efforts (7 %) et l'écrasement (6 %).

Figure 35. Proportion de garçons selon le mécanisme de l'accident



Il y a, quel que soit le mécanisme toujours plus de garçons que de filles (sex ratio supérieur à 1). La surreprésentation masculine est élevée pour les coups/collisions (66 % d'AcVC chez les garçons, sex ratio 2), moins élevée pour les chutes (59 % d'AcVC chez les garçons, sex ratio 1,4), l'écrasement (55 %, sex ratio 1,2) et les déformations/efforts (54 %, sex ratio 1,2).

Figure 36. Répartition des AcVC par mécanisme, selon l'âge

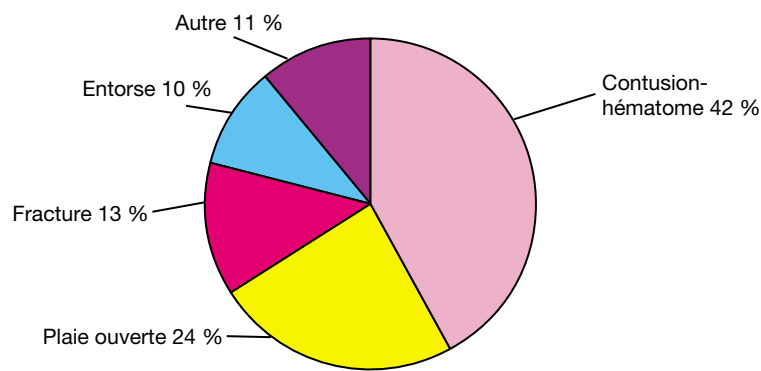


Le pourcentage de chutes est le plus élevé chez les enfants en bas âge (78 % des AcVC chez les moins de 1 an), puis diminue régulièrement après 1 an et ne représente plus que 47 % des AcVC à 16 ans. Les coups/collisions et déformations/efforts augmentent avec l'âge (respectivement 21 % et 20 % à 16 ans). C'est entre 1 et 7 ans que les AcVC dus à un écrasement sont les plus fréquents (8 % des AcVC).

III. Lésions et parties lésées

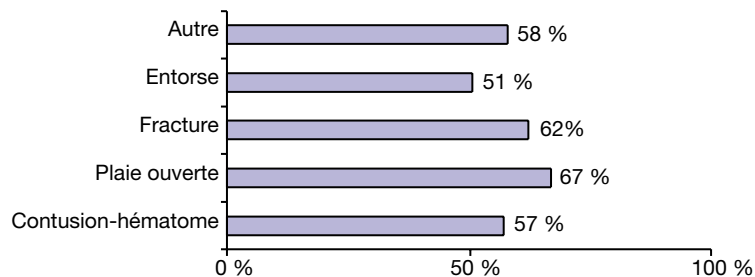
III.1. Lésions résultant des accidents

Figure 37. Répartition des lésions chez les enfants



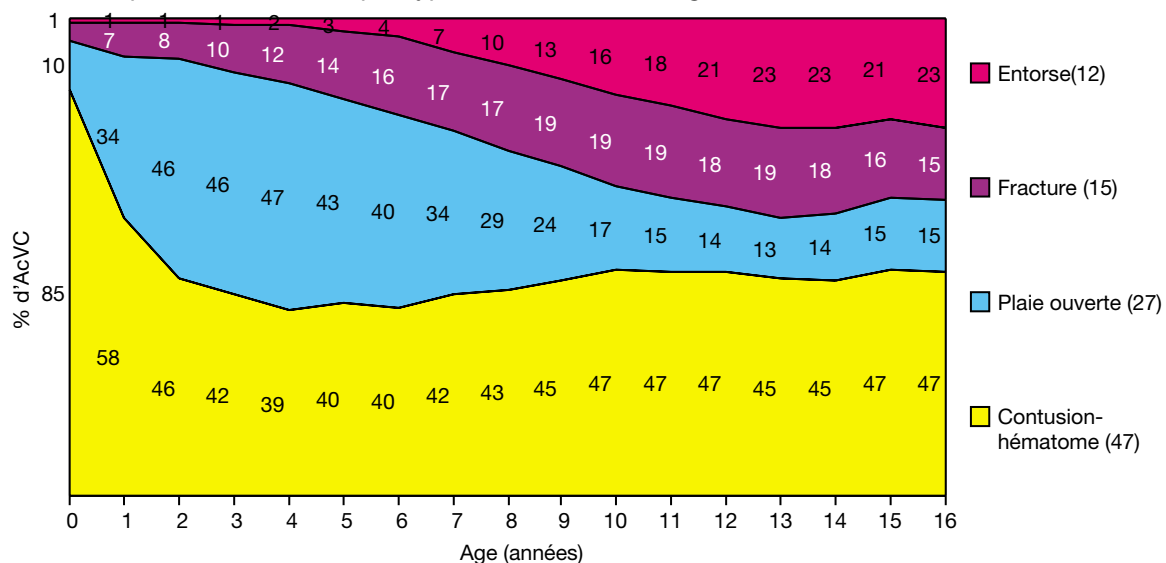
Les contusions et hématomes représentent 42 % des lésions observées chez les enfants de moins de 16 ans lors d'un AcVC. Viennent ensuite les plaies ouvertes (24 %), les fractures (13 %) et les entorses (10 %).

Figure 38. Proportion de garçons selon la lésion



La surreprésentation masculine est la plus marquée pour les plaies ouvertes (67 % des AcVC chez les garçons, sex ratio 2) et les fractures (62 %, sex ratio 1,6). Les entorses sont à peine plus nombreuses chez les garçons (51 %) que chez les filles.

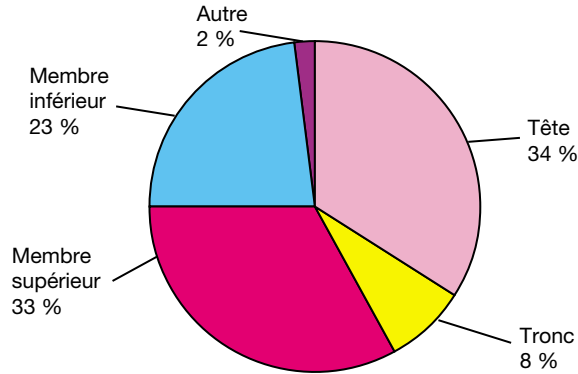
Figure 39. Répartition des AcVC par type de lésion, selon l'âge



Les contusions sont plus fréquentes chez les enfants en bas âge (85 % des AcVC avant 1 an), les plaies ouvertes représentent 45 % des AcVC entre 1 et 5 ans, les fractures augmentent avec l'âge pour atteindre près de 20 % des AcVC entre 9 et 14 ans.

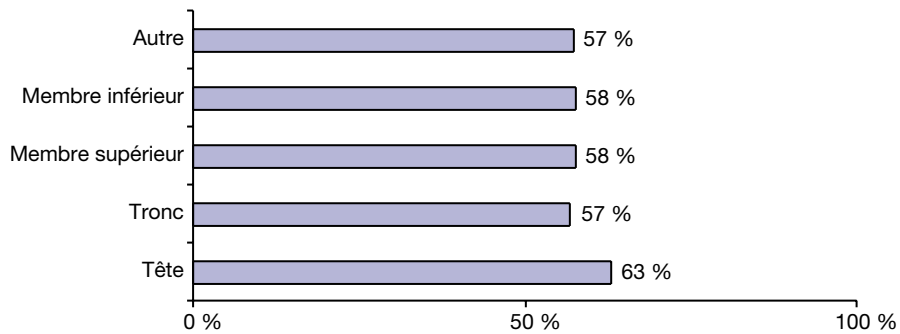
III.2. Parties lésées lors des accidents

Figure 40. Partie lésée chez les enfants



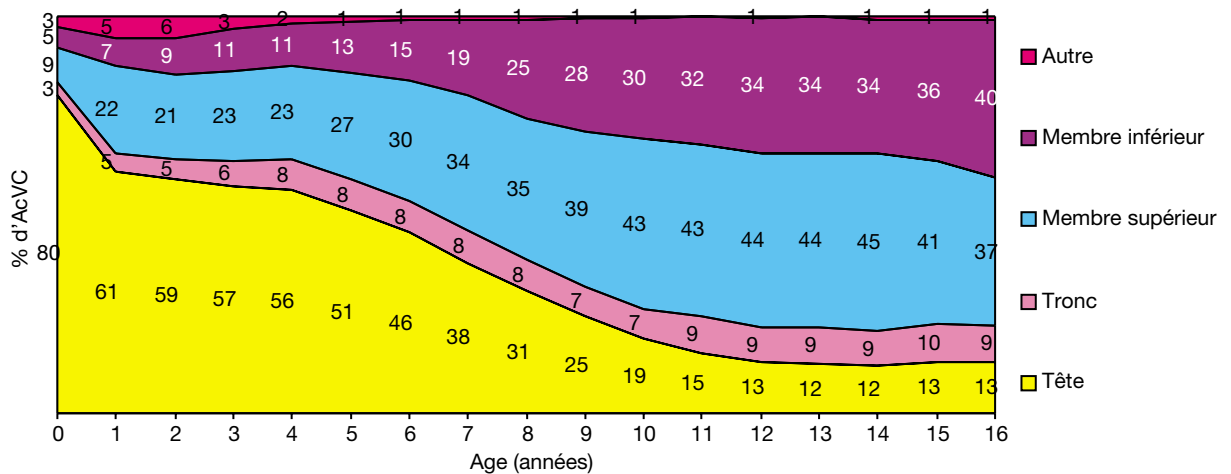
Les lésions concernent surtout la tête (34 % des AcVC) et le membre supérieur (33 %), puis le membre inférieur (23 %) et le tronc (8 %).

Figure 41. Proportion de garçons selon la partie lésée



On retrouve la surreprésentation masculine quelle que soit la partie lésée, plus marquée pour la tête (63 % des AcVC chez les garçons, sex ratio 1,7) que pour les membres supérieurs ou inférieurs (58 %, sex ratio 1,4) ou le tronc (57 %, sex ratio 1,3).

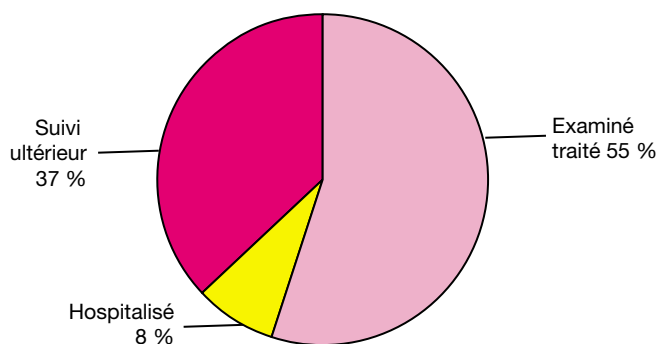
Figure 42. Répartition des AcVC par partie lésée, selon l'âge



Chez les petits enfants, la partie la plus souvent touchée est la tête (80 % des AcVC avant 1 an, 61 % entre 0 et 5 ans, puis 38 % entre 5 et 9 ans), avant le membre supérieur (20 % de 0 à 5 ans, 33 % de 5 à 9 ans). L'atteinte du membre inférieur croît régulièrement avec l'âge, pour devenir aussi fréquente que celle du membre supérieur à 16 ans (environ 40 % des AcVC).

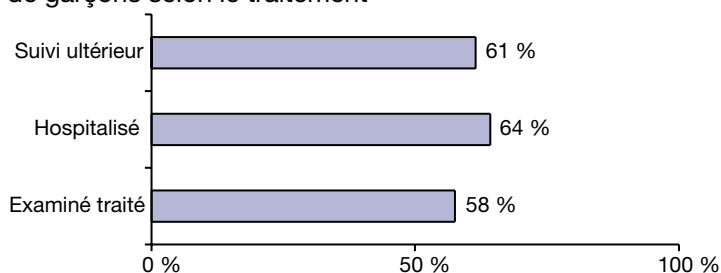
IV. Prise en charge, traitement, hospitalisation

Figure 43. Traitement des enfants



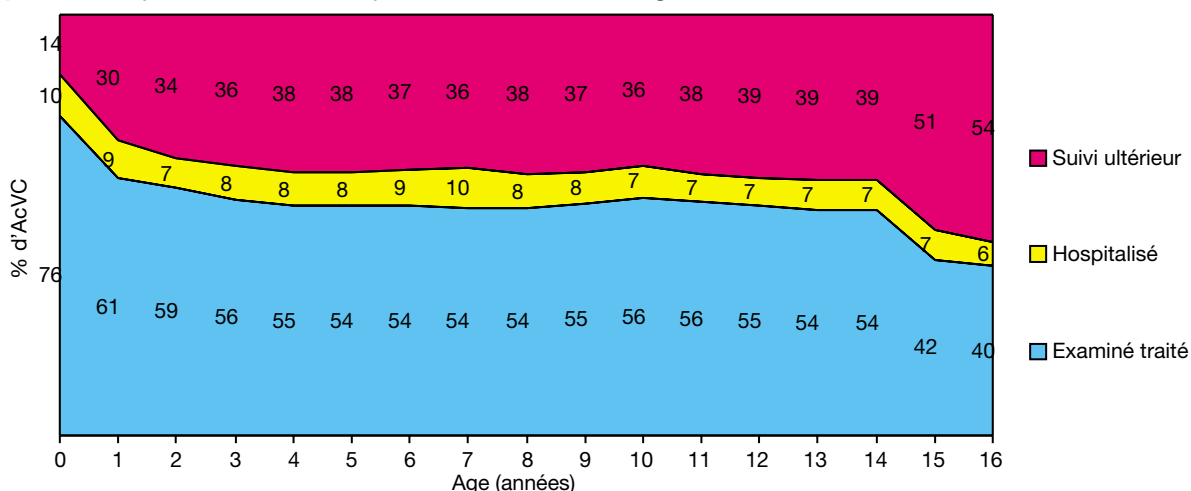
Plus de la moitié des AcVC entre 0 et 16 ans (55 %) sont bénins, au sens où ils n'entraînent aucun traitement ou le retour au domicile après traitement. Une proportion importante (37 %) fait l'objet d'un traitement avec suivi ultérieur. Le complément, 8 %, donne lieu à une hospitalisation après passage aux urgences.

Figure 44. Proportion de garçons selon le traitement



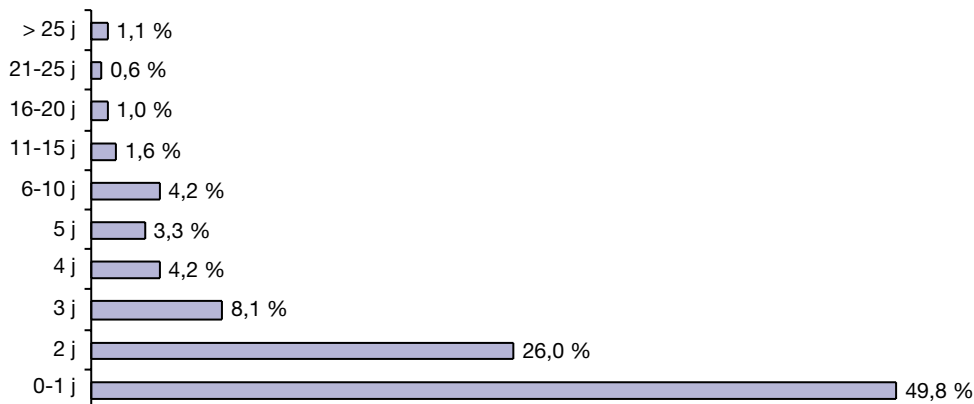
Les proportions de garçons dans ces modalités de prise en charge sont les suivantes : 58 % des accidents traités sans suivi ultérieur sont des garçons (sex ratio 1,4), ainsi que 61 % des traités avec suivi ultérieur (sex ratio 1,6), et 64 % des hospitalisés (sex ratio 1,8).

Figure 45. Répartition des AcVC par traitement, selon l'âge



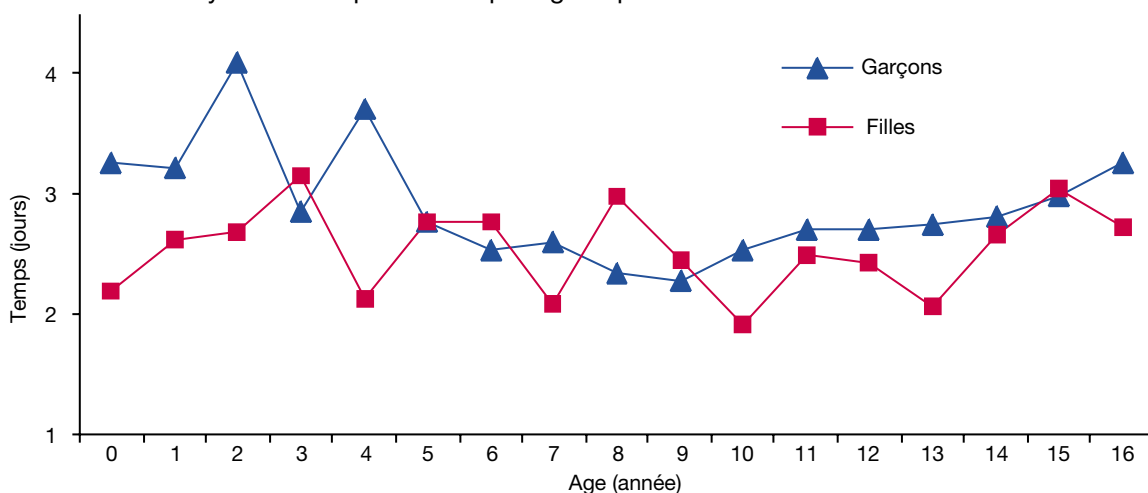
Le taux d'hospitalisation est compris entre 6 % et 10 % des accidents, un peu plus élevé aux très bas âges (10 % avant 1 an) et plus faible au-delà de 10 ans (6 % à 16 ans). La proportion de traitements avec suivi ultérieur croît avec l'âge, elle représente près de 40 % des AcVC entre 12 et 14 ans, et plus de la moitié (54 %) à 16 ans.

Figure 46. Répartition des AcVC chez les 0-16 ans hospitalisés selon le nombre de jours d'hospitalisation chez les enfants



La durée moyenne d'hospitalisation est de 2,8 jours. Cette moyenne résulte d'un grand déséquilibre entre de nombreux séjours hospitaliers très courts (50 % des hospitalisations durent 0 ou 1 jour et 26 % 2 jours) et un petit nombre de séjours très longs (4,3 % des séjours hospitaliers dépassent 10 jours).

Figure 47. Durée moyenne d'hospitalisation par âge et par sexe



La durée moyenne de l'hospitalisation ne varie pas significativement avec l'âge entre 0 et 16 ans. Avant 3 ans, les durées de séjour hospitalier des garçons (3,5 jours) sont plus élevées que celles des filles (2,5 jours).

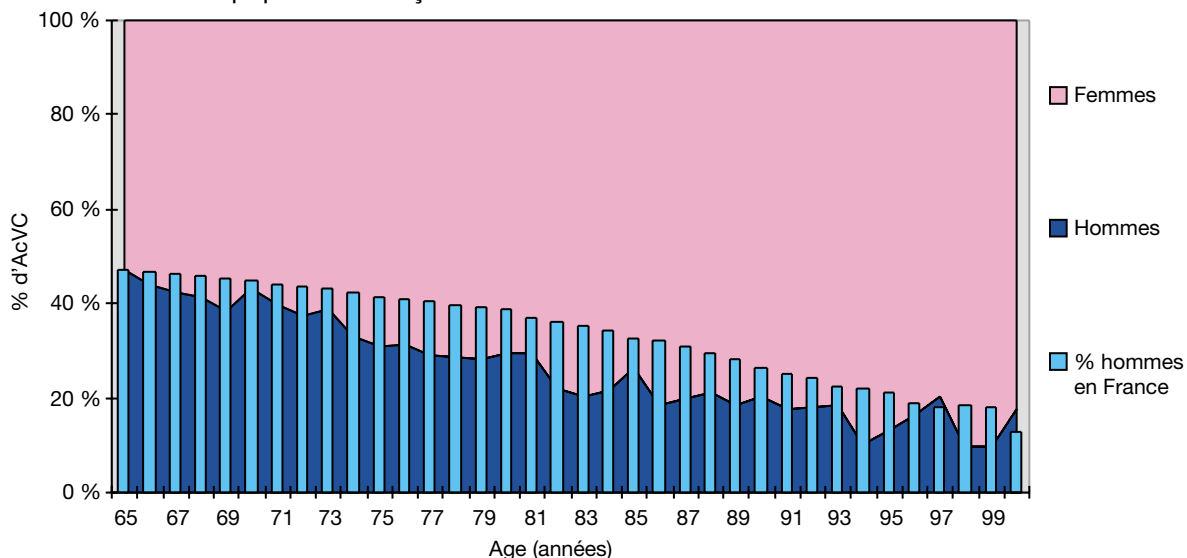
B. Accidents chez les personnes âgées

I. Répartition des accidents selon l'âge et le sexe

Les personnes âgées (65 ans et au-delà) sont particulièrement touchées par les accidents de la vie courante, qui représentent dans leur ensemble une cause de décès importante, notamment à travers les chutes suivies de fractures [4, 21, 22]. Entre 1999 et 2001 le réseau EPAC a enregistré plus de 11 500 accidents de la vie courante chez les personnes de 65 ans et plus. Ce nombre représente 8,2 % des 140 310 AcVC enregistrés durant ces 3 années. Ces données ont été transmises par six hôpitaux du réseau EPAC (hôpitaux publics à Annecy, Béthune, Bordeaux, Limoges, Reims, Vannes), le CHU de Besançon n'ayant transmis que les AcVC venus aux urgences pédiatriques.

Sous les réserves méthodologiques exposées précédemment (l'exhaustivité et la représentativité des données n'ont pas fait l'objet de contrôles et sont impossibles à garantir), les données de la base EPAC entre 1999 et 2001 mettent en évidence une surreprésentation féminine dans la survenue des accidents de la vie courante. Plus de 70 % des AcVC dans cette tranche d'âge surviennent chez les femmes (sex ratio 0,42). Ce déséquilibre est surtout dû au fait qu'il y a beaucoup plus de femmes que d'hommes aux âges élevés de la vie. On note toutefois que les femmes ont encore davantage d'AcVC que les hommes, même en tenant compte de leur surreprésentation en population (voir graphique).

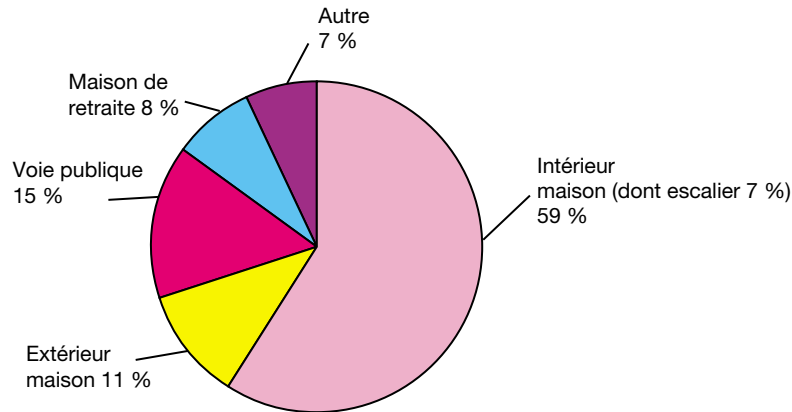
Figure 48. Répartition des AcVC par sexe, selon l'âge – Comparaison avec la proportion des hommes dans la population française



II. Lieu, activité, mécanisme des accidents

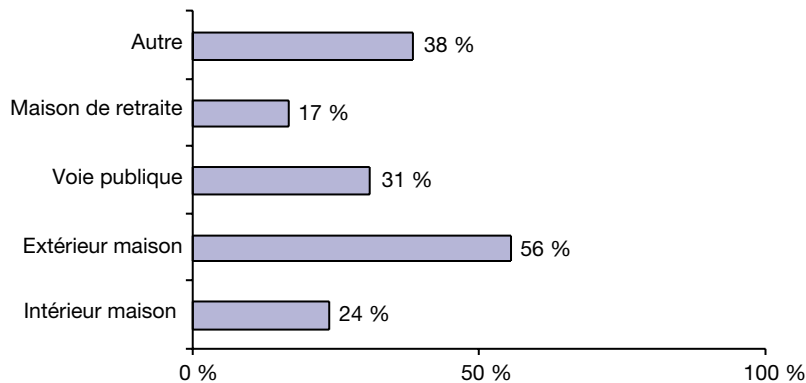
II.1. Lieu de survenue des accidents

Figure 49. Lieu de survenue des AcVC



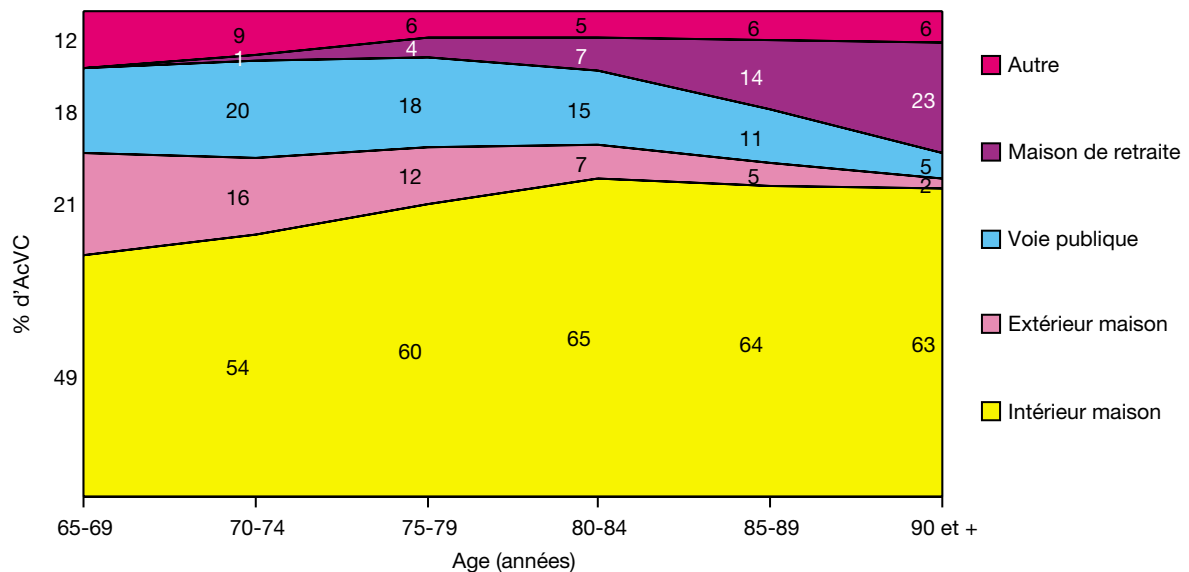
Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les AcVC surviennent principalement à l'intérieur de la maison (59 % des cas, auxquels il faut ajouter les 8 % d'AcVC en maison de retraite). Viennent ensuite les AcVC sur la voie publique (15 %) et à l'extérieur de la maison (11 %).

Figure 50. Proportion d'hommes selon le lieu



La surreprésentation féminine est surtout marquée pour les AcVC survenus en maison de retraite (17 % des AcVC chez les hommes, sex ratio 0,2), ou à l'intérieur de la maison (24 %, sex ratio 0,3) ; les AcVC survenus à l'extérieur de la maison concernent majoritairement des hommes (56 % des AcVC, sex ratio 1,3).

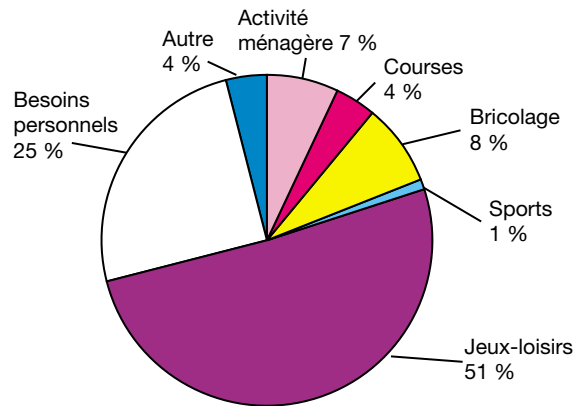
Figure 51. Répartition des AcVC par lieu de survenue, selon l'âge



La proportion d'AcVC survenant à l'extérieur de la maison croît avec l'âge, de 49 % entre 65 et 69 ans, à 63 % à 90 ans et au-delà. Les AcVC en maison de retraite augmentent de façon encore plus nette, pour représenter près du quart (24 %) des AcVC au-delà de 90 ans. A l'inverse les AcVC survenus à l'extérieur de la maison diminuent de 21 % à 2 % entre 65 et 90 ans, de même que ceux survenus sur la voie publique (de 18 % à 5 %).

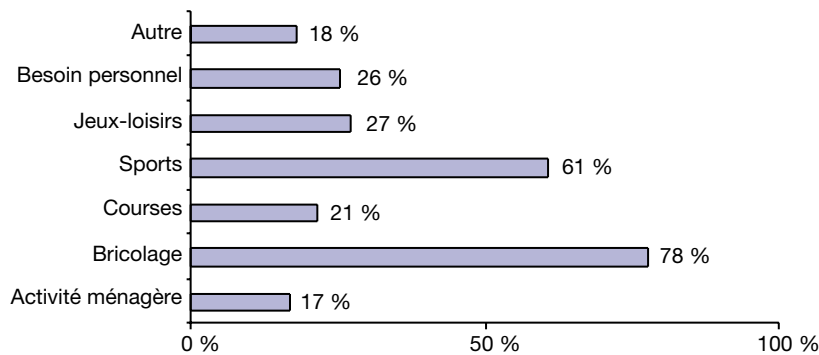
II.2. Activité au moment des accidents

Figure 52. Répartition des activités chez les personnes âgées



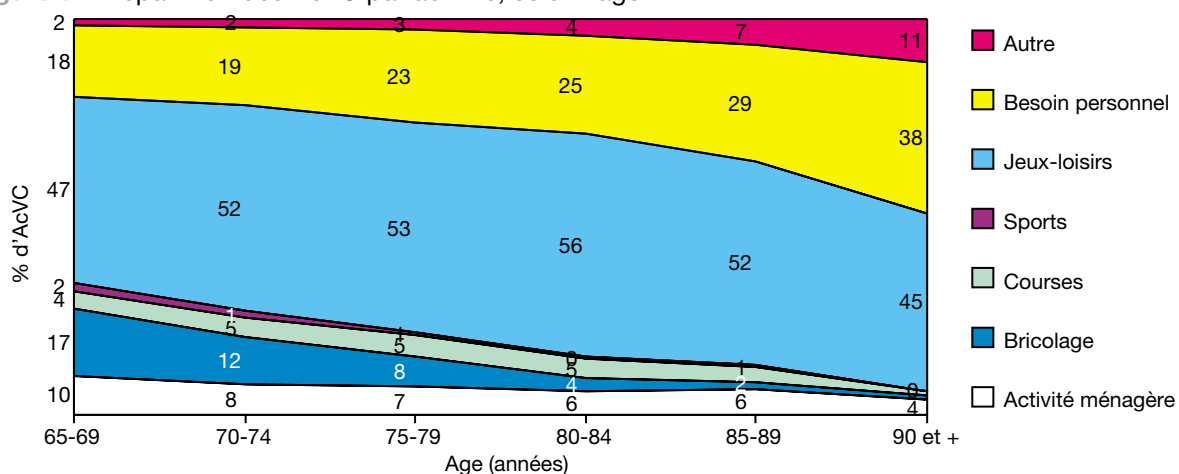
Les jeux et loisirs constituent l'activité la plus souvent enregistrée lors de la survenue d'un AcVC au-delà de 65 ans (51 % des accidents). Viennent ensuite les « besoins personnels » (25 %), le bricolage (8 %), les activités ménagères (7 %) et les courses (4 %).

Figure 53. Proportion d'hommes selon l'activité



Il y a une surreprésentation masculine marquée pour les seules activités de bricolage (78 % des AcVC, sex ratio 3,5) et les accidents de sport (61 %, sex ratio 1,6). Pour les autres activités, il y a une surreprésentation féminine, en particulier pour les courses (21 % des AcVC chez les hommes, sex ratio 0,3).

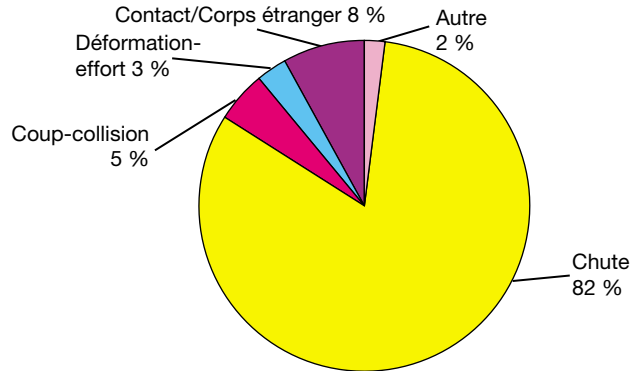
Figure 54. Répartition des AcVC par activité, selon l'âge



Les activités de bricolage, qui représentent 17 % des AcVC entre 65 et 69 ans, sont pratiquement absentes à partir de 85 ans. Les AcVC lors d'activités ménagères, de courses, de sport, décroissent avec l'âge. Les AcVC lors des « besoins personnels », sans autre précision, sont plus nombreux au-delà de 90 ans (38 % des AcVC) qu'à 65 ans (18 %).

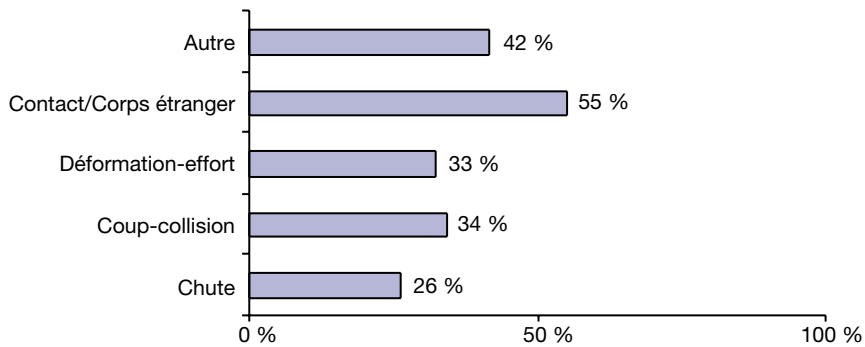
II.3. Mécanisme des accidents

Figure 55. Mécanisme de l'accident



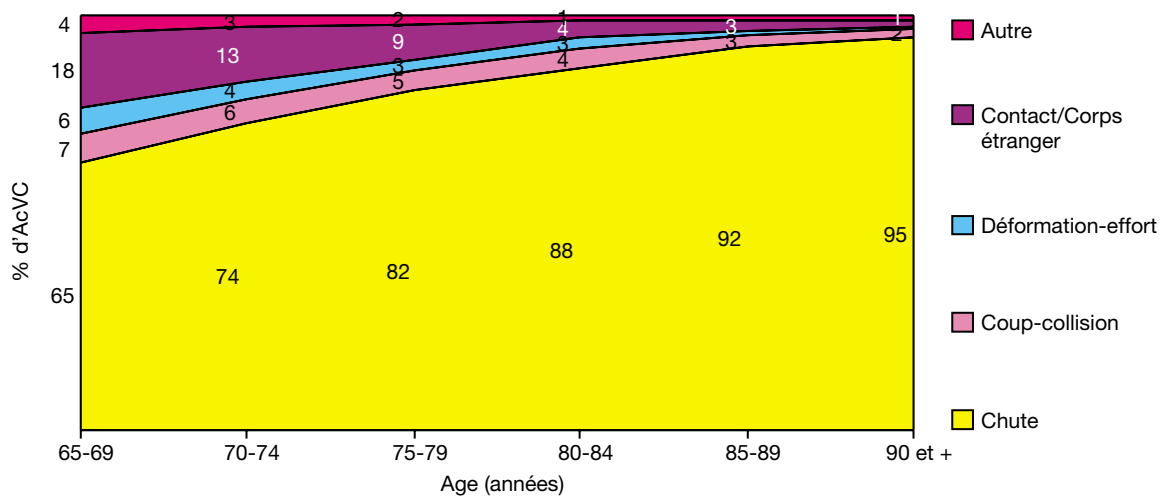
Les chutes représentent 82 % des AcVC chez les 65 ans et plus, et constituent donc de très loin le mécanisme le plus fréquent à l'origine d'un AcVC. Les coups/collisions ne représentent que 5 % des AcVC, les « contacts/corps étrangers » 8 %.

Figure 56. Proportion d'hommes selon le mécanisme



Les chutes sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes (26 % des cas chez les hommes, sex ratio 0,35). Les « contacts/corps étrangers » sont plus nombreux chez les hommes (55 % des AcVC, sex ratio 1,2).

Figure 57. Répartition des AcVC par mécanisme, selon l'âge

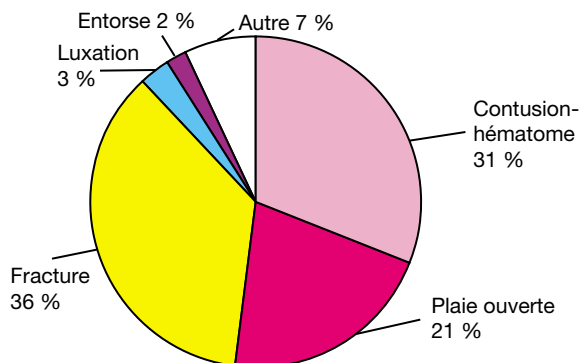


Le pourcentage de chutes croît avec l'âge, passant de 65 % des AcVC entre 65 et 69 ans à 95 % à partir de 90 ans. Les autres mécanismes deviennent négligeables aux très grands âges.

III. Lésions et parties lésées

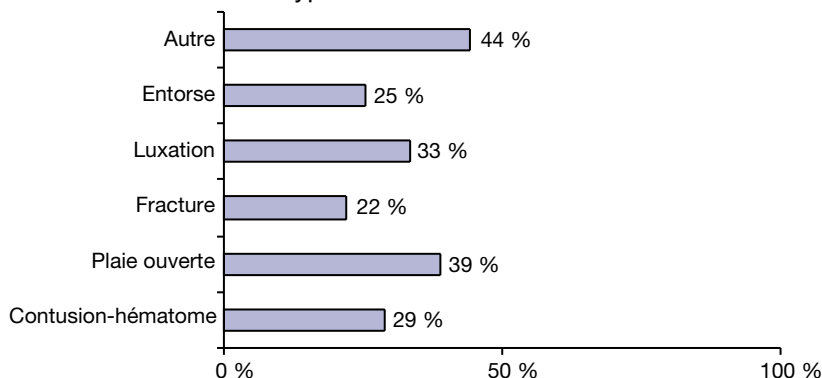
III.1. Lésions résultant des accidents

Figure 58. Parties lésées lésions chez les personnes âgées



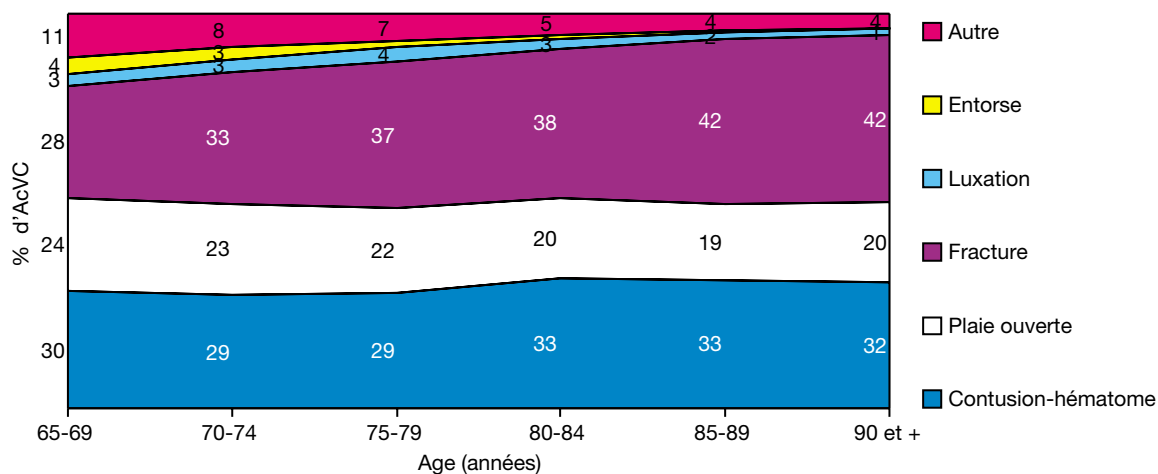
Les fractures représentent 36 % des lésions observées chez les 65 ans et plus lors d'un AcVC (contre 15 % des AcVC sur l'ensemble des accidentés). Viennent ensuite principalement les contusions/hématomes (31 %), et les plaies ouvertes (21 %). Les entorses sont plus rares chez les 65 ans et plus : seulement 2 % des lésions contre 11 % pour l'ensemble des accidentés.

Figure 59. Proportion d'hommes selon le type de lésion



Quel que soit le type de lésion, on observe une surreprésentation féminine, en particulier pour les fractures (22 % des AcVC chez les hommes, sex ratio 0,3), les entorse (25 %, sex ratio 0,33) et les contusions/hématomes (29 %, sex ratio 0,4).

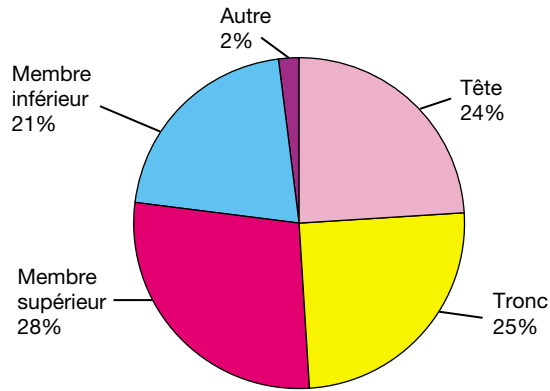
Figure 60. Répartition des AcVC par type de lésion, selon l'âge



Les fractures sont plus fréquentes aux âges très élevés (42 % des AcVC à partir de 90 ans contre 28 % entre 65 et 69 ans.). Les autres types de lésion sont peu variables avec l'âge au-delà de 65 ans.

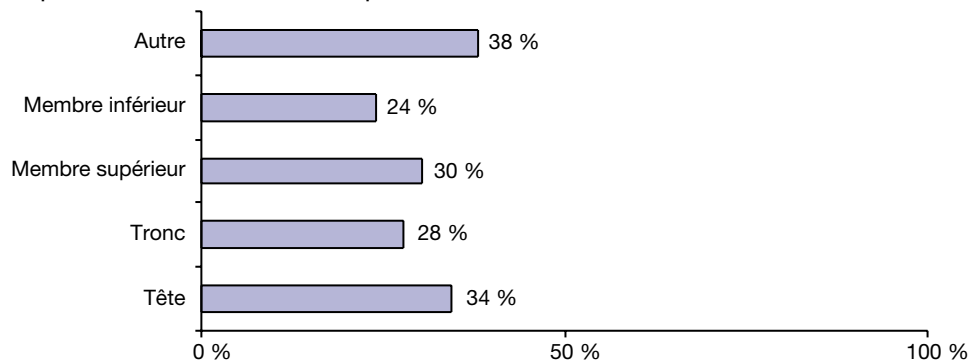
III.2. Parties lésées lors des accidents

Figure 61. Parties lésées chez les personnes âgées



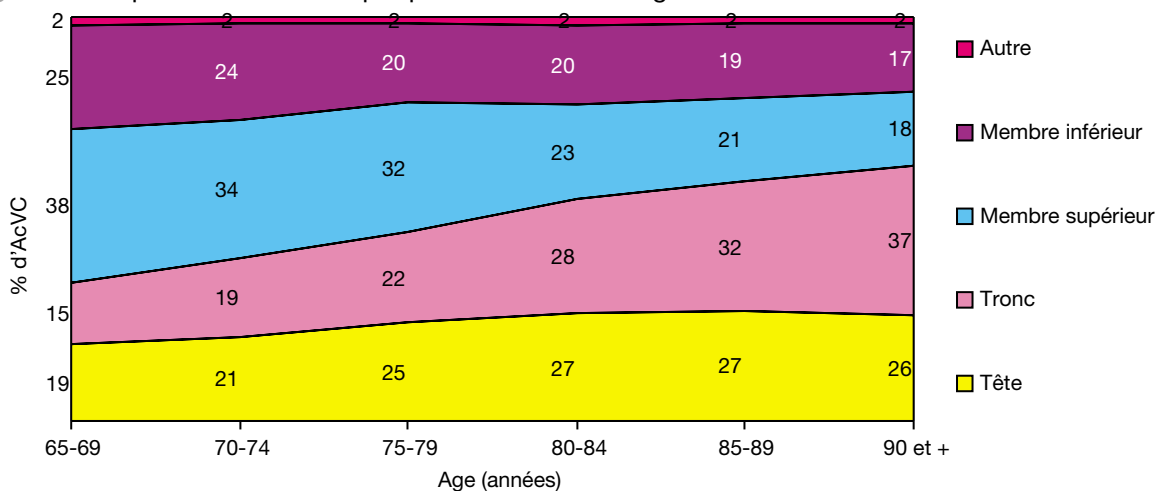
Chez les personnes âgées, les lésions concernent pratiquement à part égale le membre supérieur (28 % des AcVC), le tronc (25 %), la tête (24 %) et le membre inférieur (21 %).

Figure 62. Proportion d'hommes selon la partie lésée



On retrouve la surreprésentation féminine quelle que soit la partie lésée, plus marquée pour le membre inférieur (24 % des AcVC chez les hommes, sex ratio 0,3) que pour la tête (34 % des AcVC chez les hommes, sex ratio 0,5).

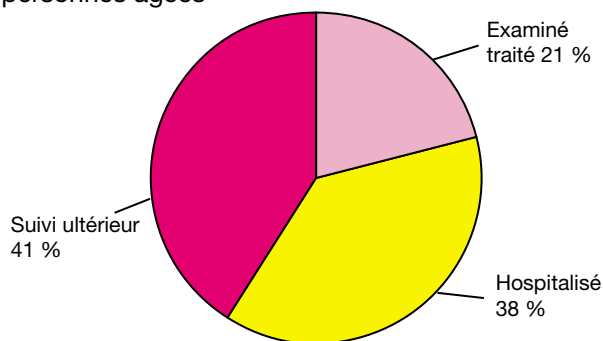
Figure 63. Répartition des AcVC par partie lésée selon l'âge



Les proportions des lésions de la tête et du tronc augmentent avec l'âge, passant respectivement de 19 % et 15 % entre 65 et 69 ans à 26 % et 37 % au-delà de 90 ans. Parallèlement celles des membres diminuent avec l'âge : de 38 % à 18 % pour le membre supérieur, de 25 % à 17 % pour le membre inférieur.

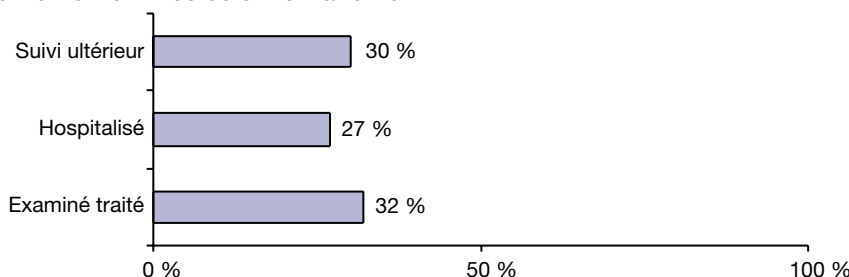
IV. Prise en charge, traitement, hospitalisation

Figure 64. Traitement des personnes âgées



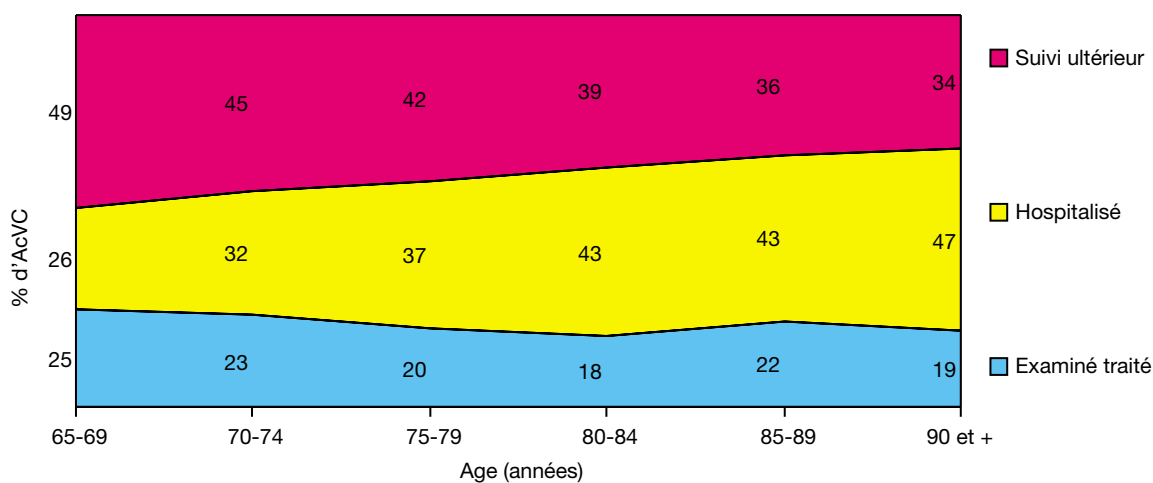
Seulement 21 % des AcVC chez les personnes âgées sont bénins, au sens où ils n'entraînent aucun traitement ou le retour au domicile après traitement. Une proportion plus importante (41 %) fait l'objet d'un traitement avec suivi ultérieur. Le complément, 38 %, donne lieu à une hospitalisation après passage aux urgences.

Figure 65. Proportion d'hommes selon le traitement



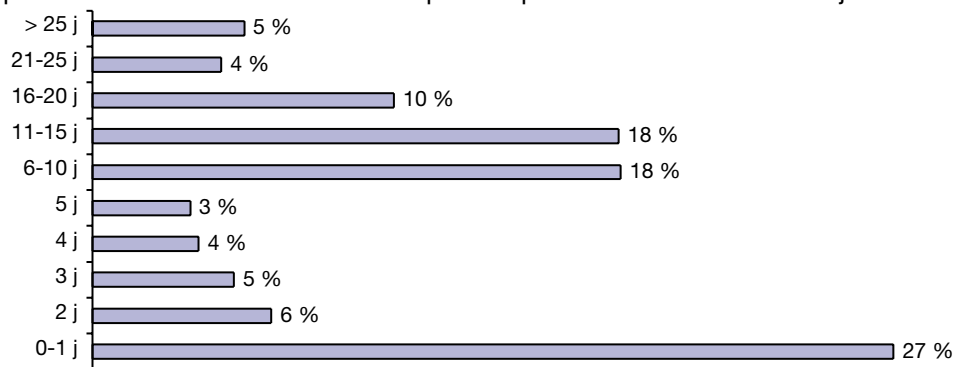
Les proportions d'hommes dans les différentes modalités de prise en charge sont les suivantes : 32 % des accidentés traités sans suivi ultérieur sont des hommes (sex ratio 0,47), ainsi que 30 % des traités avec suivi ultérieur (sex ratio 0,43), et 27 % des hospitalisés (sex ratio 0,37).

Figure 66. Répartition des AcVC par traitement selon l'âge



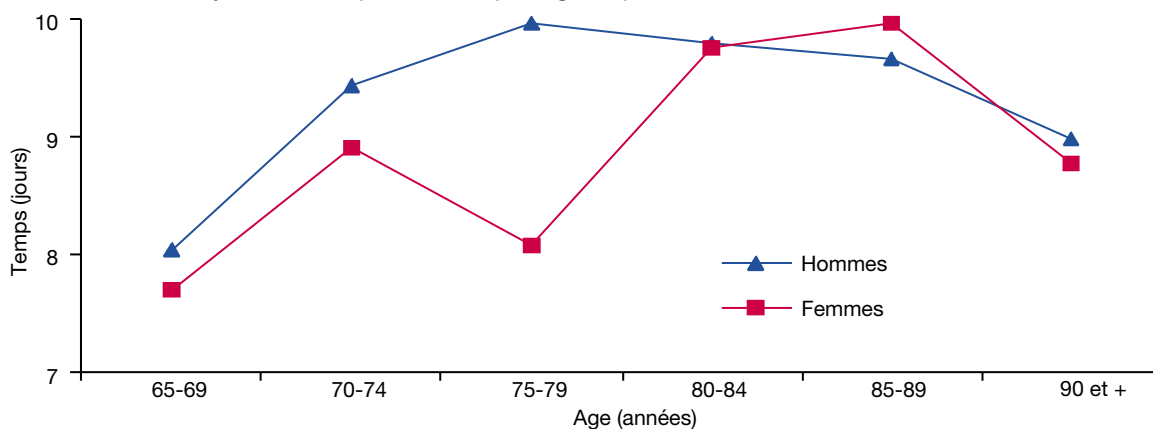
Le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge, passant de 26 % des accidentés entre 65 et 69 ans à 47 % au-delà de 90 ans. Les traitements sans hospitalisation baissent en proportion : de 25 % à 19 % pour les traitements simples, de 49 % à 34 % pour les traitements avec suivi ultérieur.

Figure 67. Répartition des AcVC chez les 65 ans et plus hospitalisés selon le nombre de jours d'hospitalisation



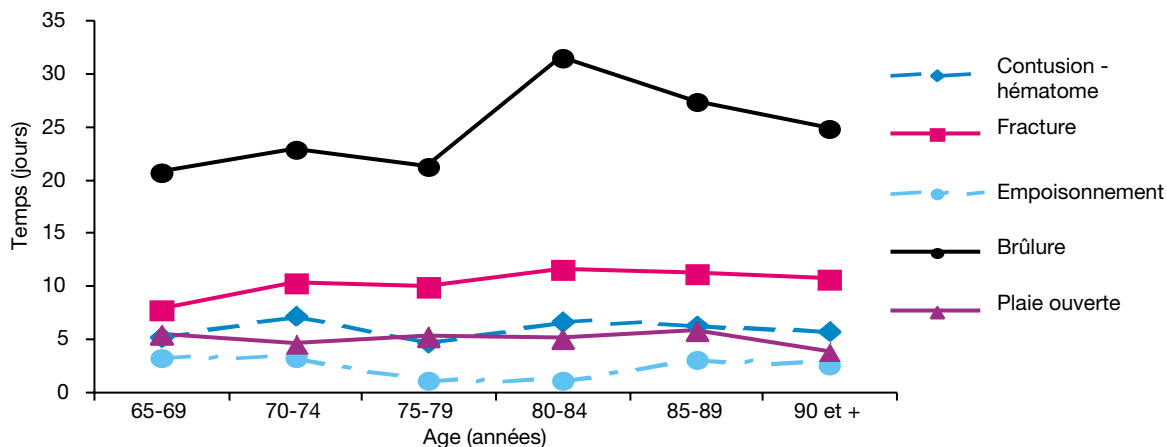
La durée moyenne d'hospitalisation des personnes âgées accidentées est de 9,1 jours (contre 5,5 jours pour l'ensemble des accidentés). Un certain nombre d'hospitalisations sont de courte durée : 27 % des séjours durent 0 ou 1 jour, et 18 % entre 2 et 5 jours. De nombreuses hospitalisations durent plus longtemps : 36 % des séjours durent entre 6 et 15 jours. Enfin il y a une proportion appréciable d'hospitalisations de très longue durée : 5 % des séjours hospitaliers dépassent 25 jours.

Figure 68. Durée moyenne d'hospitalisation par âge et par sexe



La durée moyenne de l'hospitalisation augmente avec l'âge, passant de 8 jours entre 65 et 69 ans, à près de 10 jours à partir de 80 ans.

Figure 69. Durée moyenne d'hospitalisation selon l'âge et la lésion

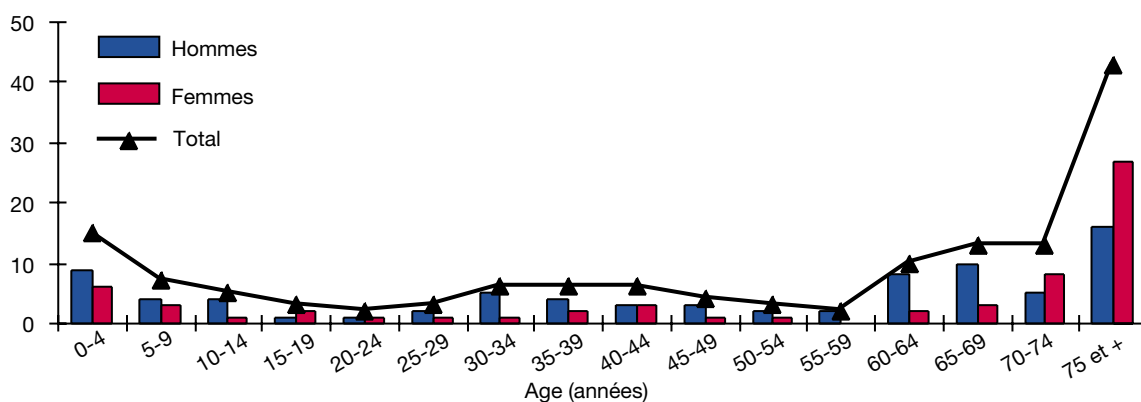


Les brûlures ne représentent que 2 % des AcVC chez les personnes âgées, mais elles entraînent des durées d'hospitalisation élevées, qui croissent avec l'âge, passant de 21 jours pour les personnes âgées de moins de 70 ans à plus de 25 jours pour les personnes âgées de plus de 85 ans. Les hospitalisations à la suite d'une fracture durent une dizaine de jours en moyenne quel que soit l'âge. Les autres lésions, contusion/hématome et plaie ouverte notamment, lorsqu'elles donnent lieu à hospitalisation, entraînent des durées de séjour de l'ordre de 5 jours.

C. Accidents à l'origine d'un décès aux urgences

Il s'agit des seuls décès survenus et enregistrés aux urgences par EPAC. Ont ainsi été enregistrés 141 décès aux urgences : 79 hommes (soit 56 % des décès), 62 femmes (44 %). Cette répartition des sexes n'est pas significativement différente de la répartition générale des accidentés (58 % - 42 %) dans la base EPAC sur les trois années 1999-2000-2001. La moyenne d'âge des décédés est 54 ans. Les 75 ans et plus représentent 31 % des décès.

Figure 70. Nombre de décès par âge et par sexe



Lieu de survenue des AcVC à l'origine d'un décès aux urgences

Figure 71. Lieu de survenue

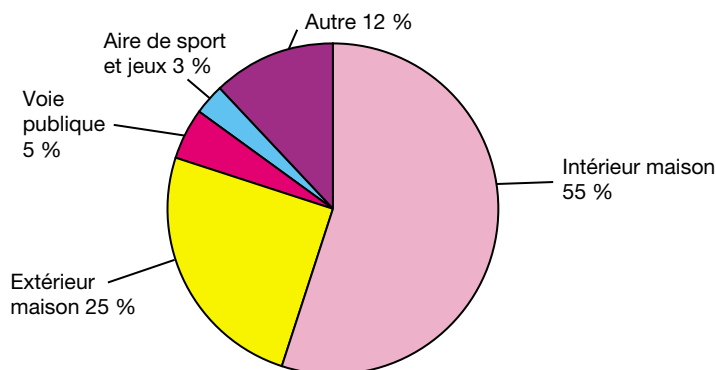
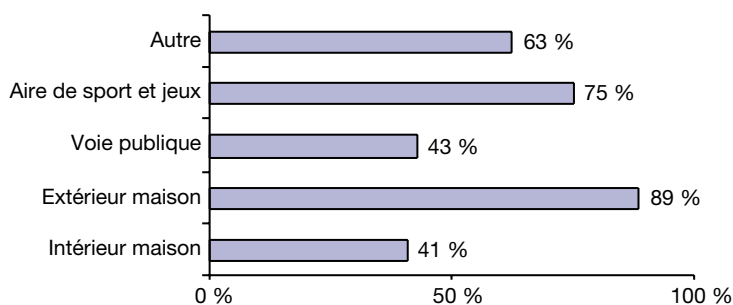


Figure 72. Proportion d'hommes selon le lieu



La majorité des décès a été enregistré lors d'un AcVC survenu à l'intérieur de la maison (55 % des AcVC). Ce sont surtout des femmes qui sont l'objet de ce type d'accidents : à l'intérieur de la maison, seulement 41 % des AcVC ayant entraîné un décès concernent des hommes, ce qui correspond à un sex ratio de 0,7.

Activité au cours de l'AcVC à l'origine d'un décès aux urgences

Figure 73. Répartition des activités

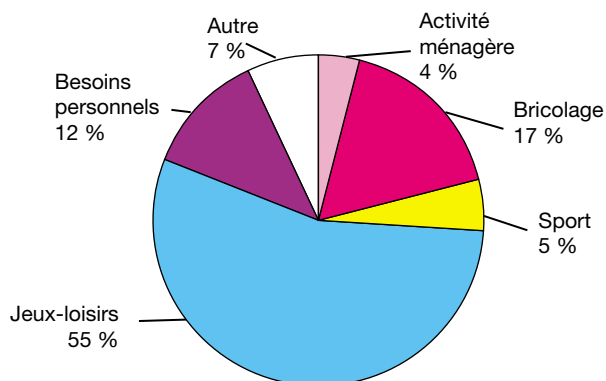
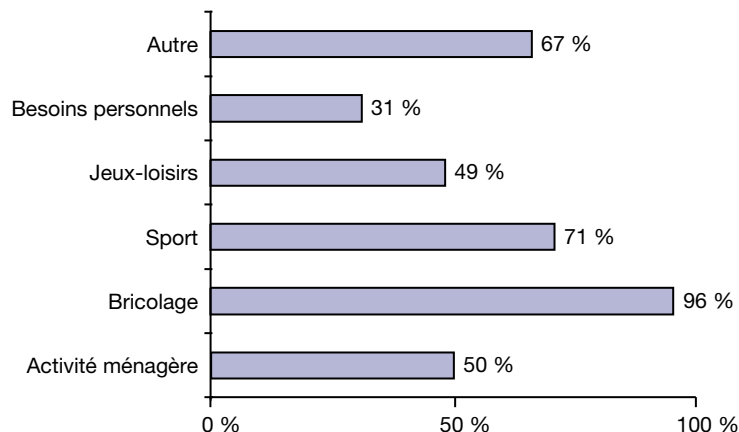


Figure 74. Proportion d'hommes selon l'activité, parmi les décès



L'activité « jeux-loisirs » est majoritaire dans les AcVC qui entraînent un décès (55 % des AcVC). La répartition hommes/femmes est très variable selon l'activité : de 31 % des AcVC pour « besoins personnels » à 96 % des décès lors d'une activité de bricolage.

Mécanisme de l'AcVC à l'origine d'un décès aux urgences

Figure 75. Mécanisme de l'accident

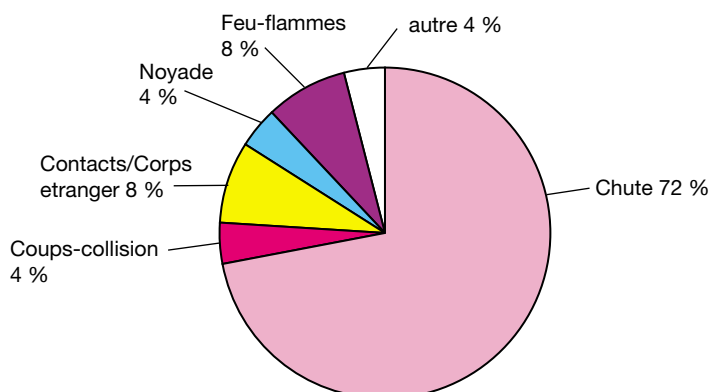
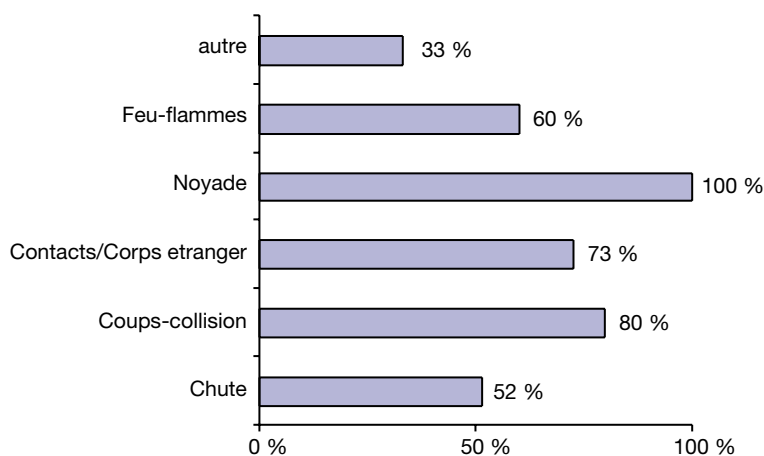


Figure 76. Proportion d'hommes selon le mécanisme



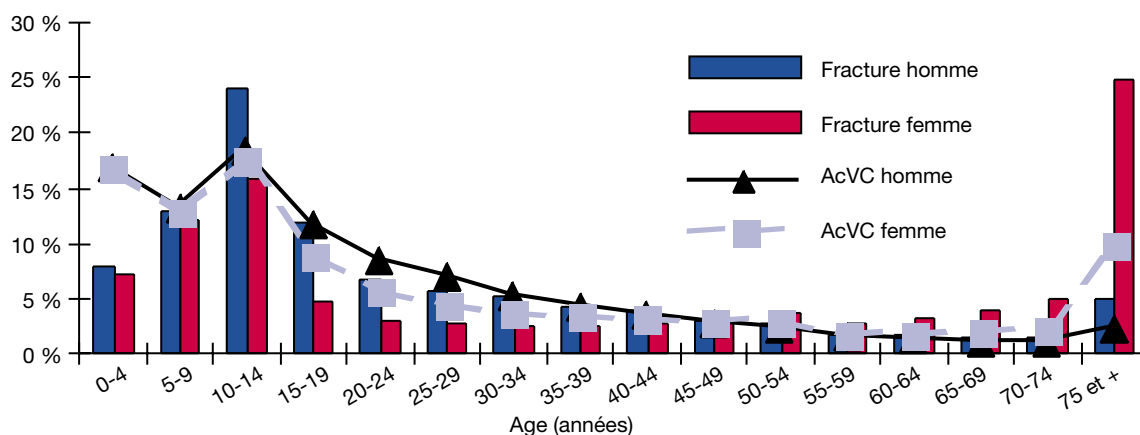
La majorité des décès fait suite à une chute : il y a eu 56 décès par chute dans les suites d'activité de jeux et loisirs (33 femmes, soit la moitié des femmes décédées et 23 hommes, soit le tiers des hommes décédés). Ces décès concernent d'abord des personnes âgées : 26 femmes et 14 hommes ont plus de 60 ans. Par ailleurs 21 décès sont le résultat d'une chute lors d'activité de bricolage, presque uniquement des hommes (20), dont 13 âgés de 35 à 65 ans. Il y a eu 11 décès par « contact/corps étrangers » (8 hommes et 3 femmes), dont 3 concernant de jeunes garçons de moins de 5 ans et 4 des hommes âgés de 65 ans et plus.

D. Atteintes particulières

Fractures

Il y a eu 21 354 fractures enregistrées dans EPAC entre 1999 et 2001, dont 55 % chez les hommes et 45 % les femmes, ce qui représente davantage de fractures chez les femmes, compte tenu de la répartition des AcVC enregistrés dans EPAC (58 % - 42 %).

Figure 77. Répartition des fractures par âge selon le sexe – comparaison avec la répartition totale des AcVC selon le sexe



Il y a moins de fractures chez les jeunes enfants de moins de 5 ans, et davantage chez les personnes âgées, notamment chez les femmes de 75 ans et plus : celles-ci représentent 25 % des fractures féminines (mais seulement 10 % des AcVC féminins).

Pour ces femmes, la fracture provient presque toujours (99 fois sur 100) d'une chute, survenue souvent lors d'activités de « jeux-loisirs » et pour « besoins personnels ». Le tableau suivant montre la partie du corps lésée lors de ces chutes. La fracture du col du fémur (hanche, pelvis et cuisse) représente près de la moitié des fractures (49 %).

	Effectif	%
Nez	89	4 %
Clavicule	31	1 %
Hanche - Pelvis	736	32 %
Epaule	127	6 %
Bras	196	9 %
Avant bras	86	4 %
Poignet	256	11 %
Cuisse	382	17 %
Jambe	77	3 %
Cheville	52	2 %
autre	256	11 %
Total	2 288	100 %

Figure 78. Activité donnant lieu à une fracture

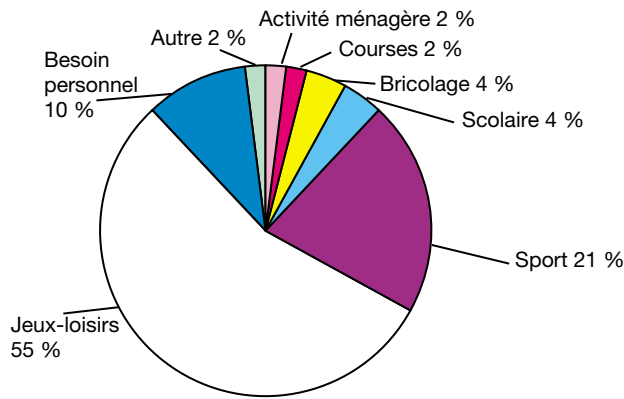
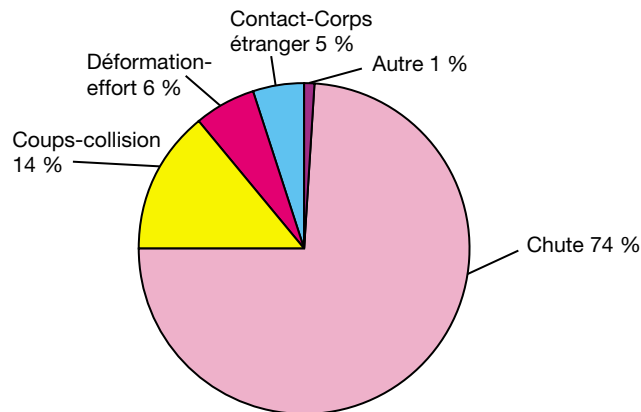


Figure 79. Mécanisme provoquant une fracture

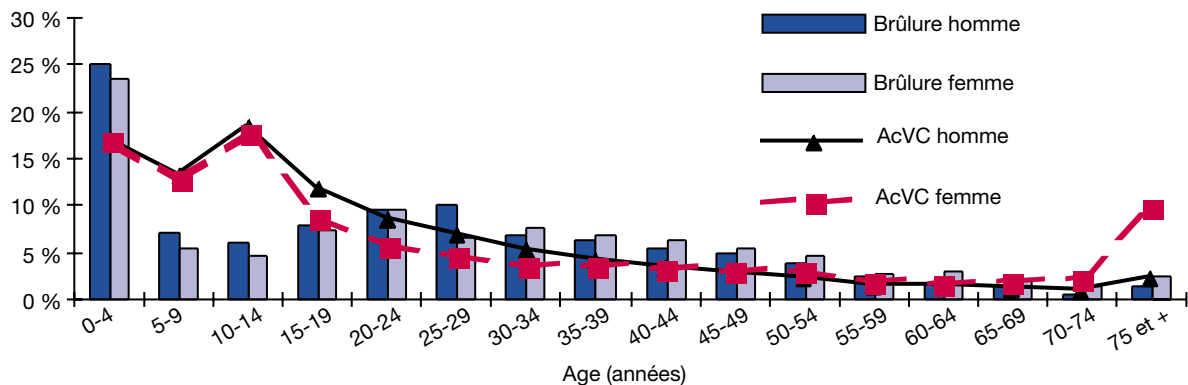


L'activité dominante lors d'une fracture est « jeux-loisirs », suivie du sport et des besoins personnels. Le mécanisme est une chute dans les trois-quarts des cas (74 % des AcVC avec fracture), ou à défaut les coups et collisions (14 %).

Brûlures

Il y a eu 3 739 brûlures enregistrées dans EPAC entre 1999 et 2001, réparties en 56 % d'hommes et 44 % de femmes. Environ un quart de ces brûlures concerne les enfants de moins de 5 ans.

Figure 80. Répartition des brûlures par âge selon le sexe – comparaison avec la répartition totale des AcVC selon le sexe



Pour ces enfants, 30 % des brûlures ont lieu dans la cuisine (40 % pour les autres personnes) et 20 % dans le jardin ou les alentours de la maison (10 % pour les autres personnes).

Figure 81. Activité lors d'une brûlure

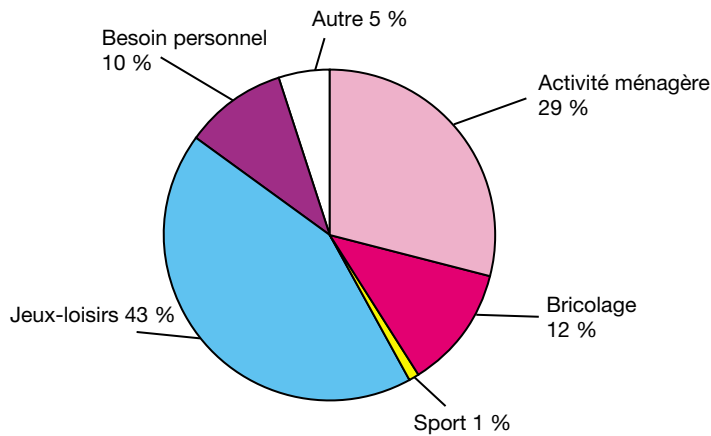
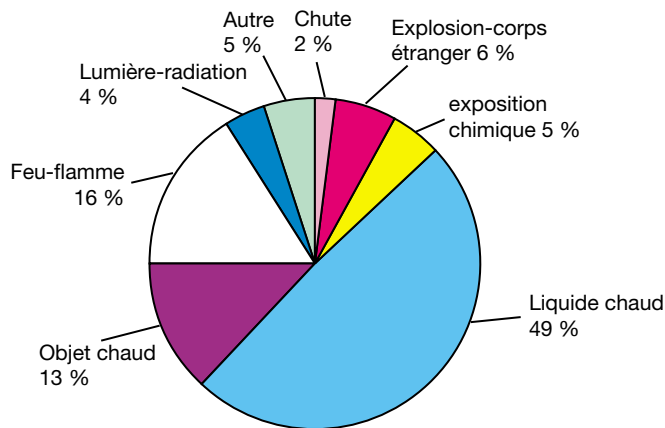
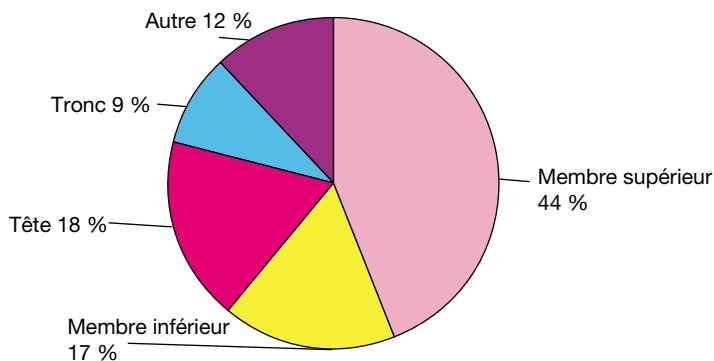


Figure 82. Mécanisme lors d'une brûlure

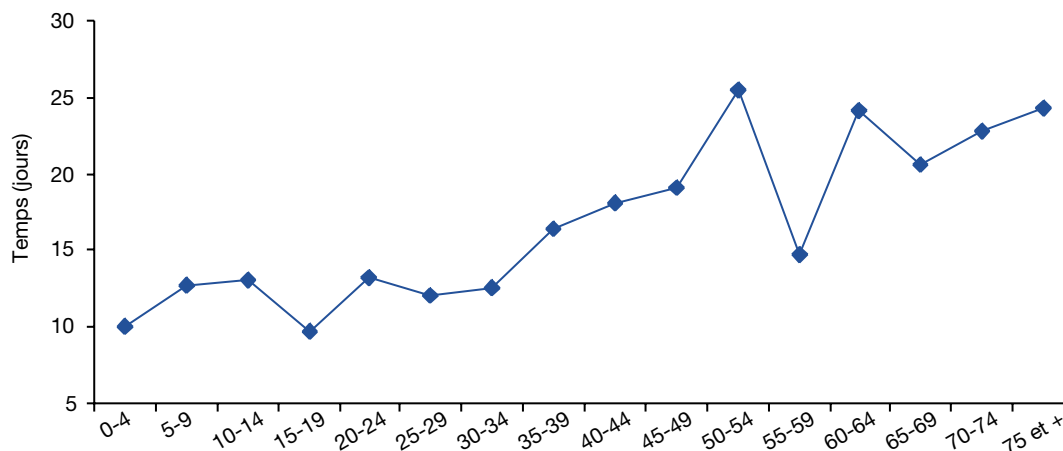


La principale activité lors de la survenue d'une brûlure par AcVC est l'ensemble « jeux-loisirs » (43 % des AcVC), suivi des activités ménagères (29 %), du bricolage (12 %) et des besoins personnels (10 %). Le mécanisme est dans près de la moitié des cas une brûlure par liquide chaud (49 %), ou par objet chaud (13 %), le feu (16 %), puis une explosion (6 %), une exposition chimique (5 %), une exposition à la lumière ou à des radiations (4 %).

Figure 83. Partie lésée lors d'une brûlure



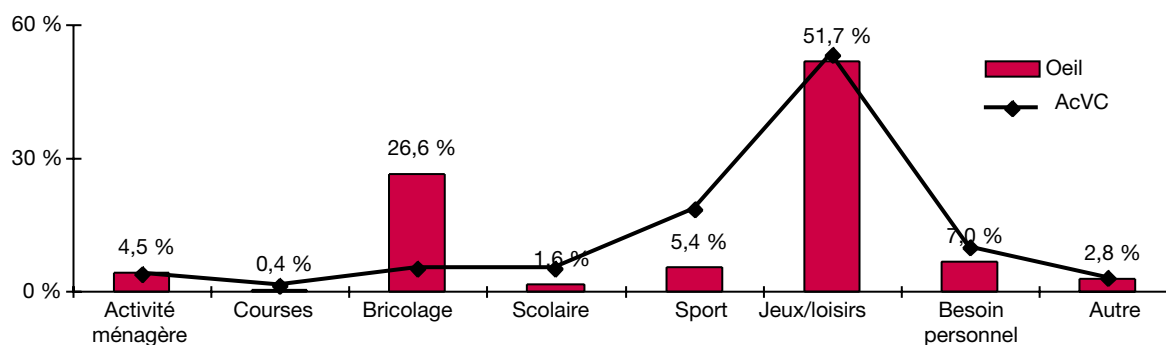
Lors de la brûlure, c'est le membre supérieur qui est le plus touché (44 % des cas) puis la tête (18 %) et le membre inférieur (17 %). Ces pourcentages sont différents de ceux de l'ensemble des AcVC : respectivement 34 %, 27 % et 27 %.

Figure 84. Durée moyenne d'hospitalisation pour brûlure par âge

Dans quatre cas sur cinq (81 %) les personnes brûlées sont hospitalisées moins de 1 jour. Pour les personnes hospitalisées au moins 1 jour (19 %, dont de nombreuses personnes âgées), la durée moyenne de séjour est de 9 jours. La durée moyenne de séjour lors de brûlure augmente avec l'âge, elle atteint près de 25 jours chez les 75 ans et plus.

Atteintes oculaires

Il y a eu 2 717 AcVC du globe oculaire enregistrées dans EPAC entre 1999 et 2001, réparties en 1 961 hommes (72 %) et 756 femmes (28 %), ce qui est très différent de la répartition de l'ensemble des accidentés (58 %-42 %). Il y a donc une forte surreprésentation masculine globale pour ce type d'AcVC (sex ratio 2,6).

Figure 85. Répartition par activité des atteintes oculaires – comparaison avec la répartition totale des AcVC par activité

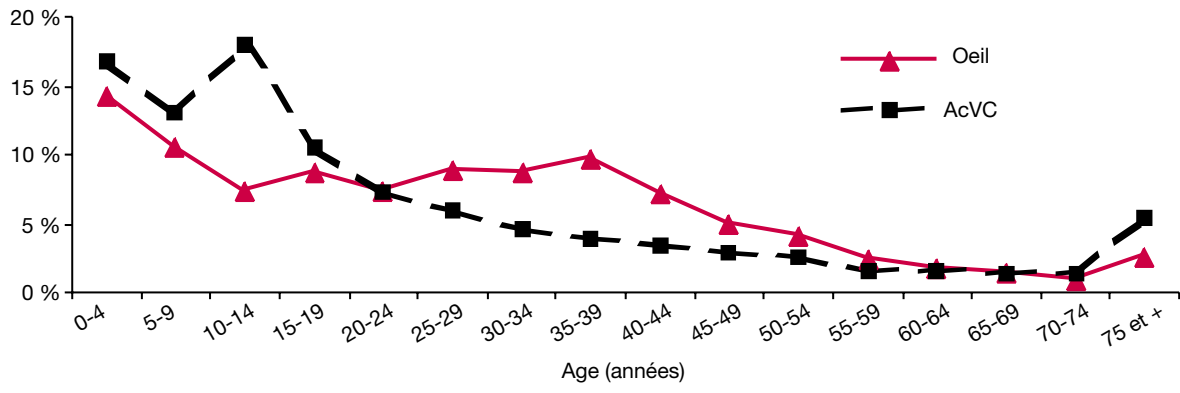
Deux activités sont à l'origine de quatre accidents de l'œil sur cinq :

- les jeux et loisirs : 52 % des accidents de l'œil sont liés à ce type d'activité. Cette activité représente aussi 53 % de l'ensemble des AcVC.
- le bricolage : 27 % des accidents de l'œil découlent du bricolage. Or, cette activité ne représente que 5,2 % des AcVC.

Les chutes, mécanisme intervenant dans la moitié des AcVC, sont peu présentes dans les accidents de l'œil (15,5 % des accidents de l'œil concernés). En revanche, les coups et collisions (34 %) et les contacts avec un corps étranger (37 %) sont des mécanismes beaucoup plus fréquents lors des accidents de l'œil que lors de l'ensemble des AcVC.

Les accidents de l'œil concernent moins d'enfants et de personnes âgées mais plus d'adultes de 25 à 50 ans que les autres accidents. Il faut noter que 97 % des personnes ayant un accident à l'œil sont hospitalisées moins d'un jour.

Figure 86. Répartition par âge des atteintes oculaires – comparaison avec la répartition totale des AcVC par âge



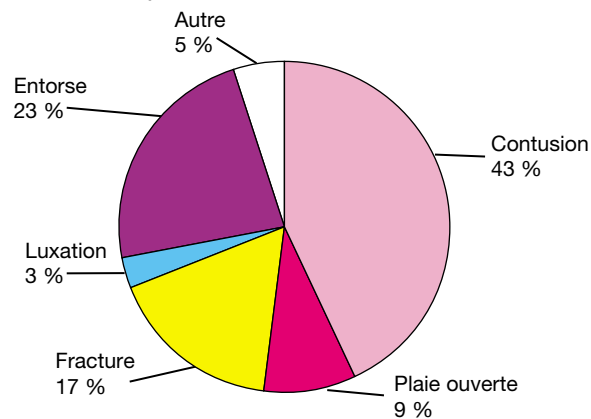
E. Accidents de sport

Il y a eu 23 188 accidents de sport enregistrés dans EPAC entre 1999 et 2001, ce qui représente 18,5 % des AcVC. Ces accidents concernent majoritairement des hommes (72 %) et les jeunes : 87 % des accidentés ont moins de 30 ans, la moitié ont entre 10 et 20 ans, et seulement 12 % ont 30 ans et plus.

Figure 87. Répartition du nombre d'accidents de sport par âge, selon le sexe

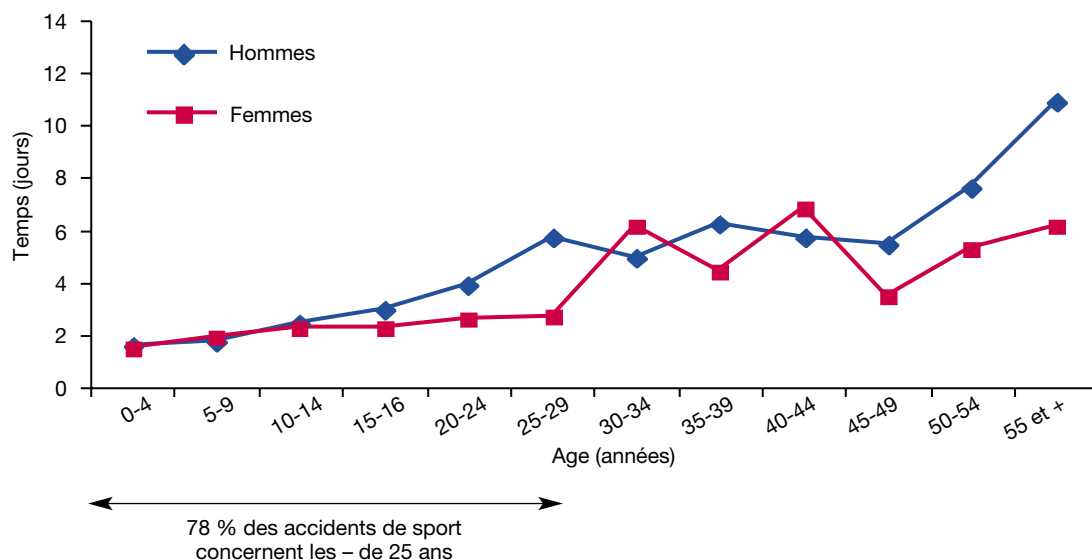


Figure 88. Lésions lors d'accident de sport



Les principales lésions lors d'un AcVC de sport sont les contusions (43 % des AcVC), puis les entorses (23 %), les fractures (17 %) et les plaies ouvertes (9 %).

Figure 89. Durée moyenne d'hospitalisation par âge et par sexe



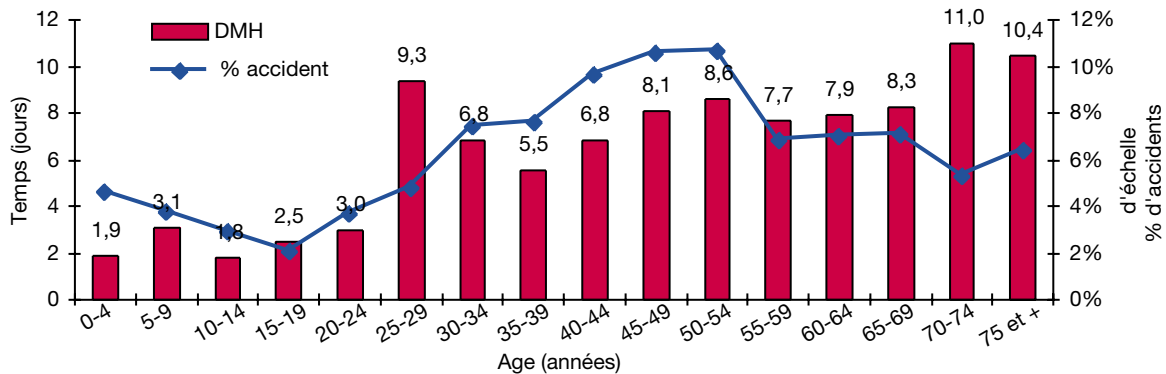
Les accidents de sport n'entraînent une hospitalisation que dans 6 % des cas. Il faut aussi noter 7 décès aux urgences suite à un accident de sport. Parmi les personnes hospitalisées, la moitié est hospitalisée 0 ou 1 jour, 15 % des hospitalisés restent à l'hôpital plus de 5 jours. La durée d'hospitalisation augmente avec l'âge, elle atteint 10,9 jours chez les hommes de 55 ans et plus hospitalisés après accident de sport, et 6,1 jours chez les femmes de 55 ans et plus.

F. Accidents liés à des produits spécifiques

Echelle et escabeau

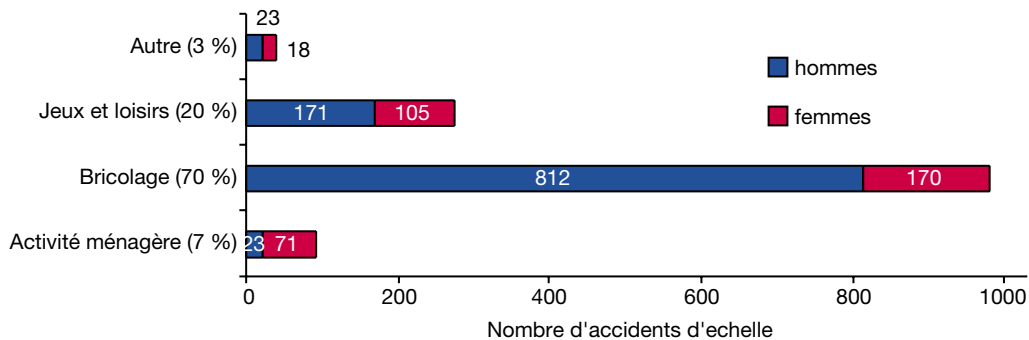
Il y a eu 1 432 accidents d'échelle enregistrés dans EPAC entre 1999 et 2001, dont 74 % concernent les hommes et 26 % les femmes.

Figure 90. Durée moyenne d'hospitalisation par âge et répartition des accidents d'échelle par âge



Le bricolage est à l'origine de 70 % de ces accidents. La surreprésentation masculine est très marquée pour cette activité (83 % d'AcVC chez les hommes lors de bricolage, sex ratio 4,8).

Figure 91. Répartition des accidents d'échelle par sexe, selon l'activité



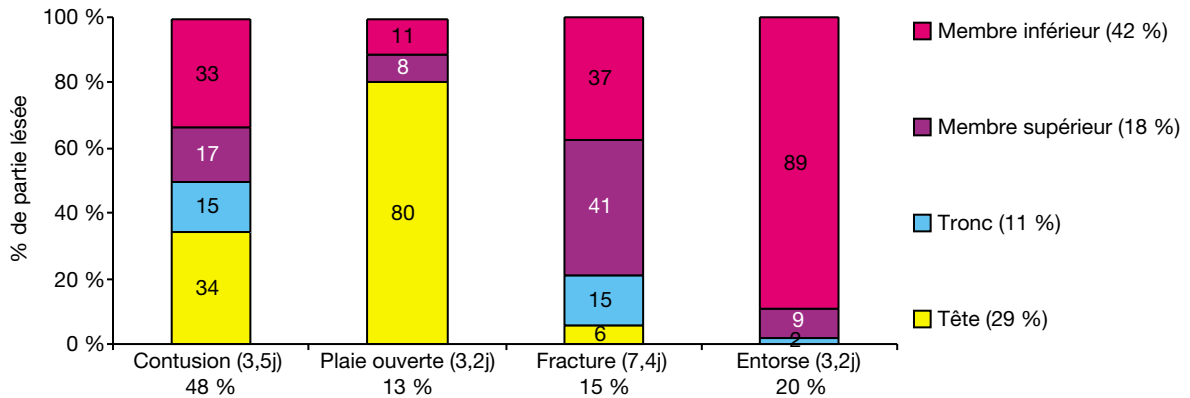
Ces accidents concernent majoritairement les adultes : plus de 70 % des accidents d'échelle concernent des personnes âgées de 30 à 65 ans. En cas d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour hospitalier est de 7 jours. Les enfants sont rarement atteints par ces AcVC, et lorsqu'ils sont hospitalisés, la durée d'hospitalisation est faible (2 à 3 jours en moyenne).

Les lésions lors des accidents d'échelle sont sensiblement les mêmes que lors de l'ensemble des AcVC. Il y a un peu plus de contusions (42 %) et de fractures (31 %) et un peu moins de plaies ouvertes (13 %). Les membres inférieurs, supérieurs et le tronc sont plus souvent touchés (28 %, 26 % et 27 %) tandis que la tête est moins exposée.

Escalier

Il y a eu 9 708 accidents d'escalier enregistrés dans EPAC entre 1999 et 2001, avec une sur-représentativité féminine (54 % femmes / 46 % hommes). Le mécanisme en cause est la chute pour 86 % de ces accidents.

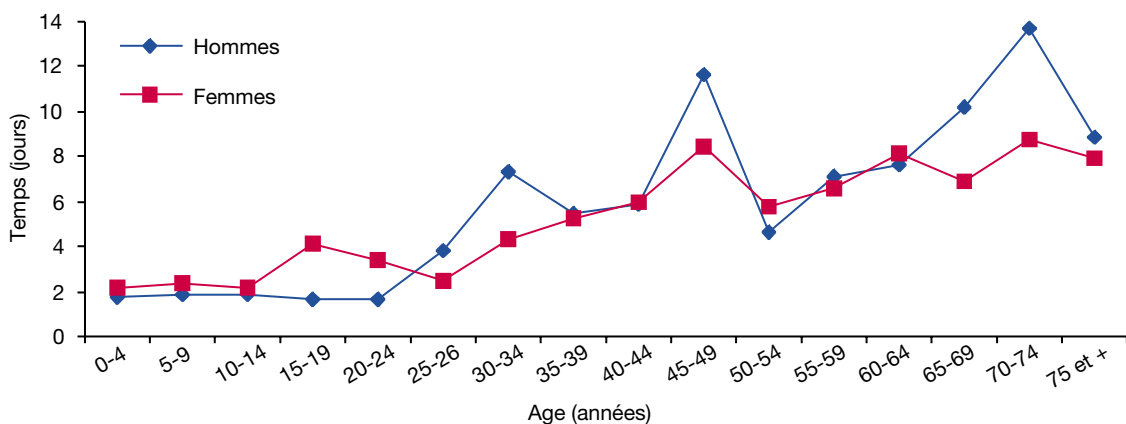
Figure 92. Répartition des parties lésées selon les types de lésions lors d'accident d'escalier



Le chiffre entre parenthèses correspond, pour chaque type de lésion, à la durée moyenne d'hospitalisation pour les personnes présentant cette lésion.

On observe plus de contusions (48 %) et d'entorses (20 %) que dans les autres types d'accidents, et moins de plaies ouvertes. Les parties les plus touchées sont le membre inférieur (42 %), exposés à des entorses et des fractures nécessitant les hospitalisations les plus longues (8,3 jours de durée moyenne d'hospitalisation pour les fractures hospitalisées plus d'un jour), puis la tête (29 %), exposée à des contusions et des plaies ouvertes nécessitant des hospitalisations plus courtes, et enfin les membres supérieurs (18 %).

Figure 93. Durée moyenne d'hospitalisation par âge et par sexe



Plus de 90 % de ces accidents nécessitent moins d'un jour d'hospitalisation. Pour les 10 % restants, la durée moyenne d'hospitalisation est de 5,9 jours.

Chaise haute

Parmi les 135 accidents de chaise haute (chute d'un même niveau ou d'une hauteur) enregistrés entre 1999 et 2001 par EPAC, 133 concernent des bébés, dont 52 % de sexe masculin et 48 % de sexe féminin. On note aussi 1 accident de chaise haute chez un enfant de plus de 5 ans et un accident de chaise haute pour un adulte de 30 ans, qui a chuté en se faisant une plaie ouverte au visage.

Les deux activités à la base de ces accidents sont les jeux et loisirs (57 %) et les besoins personnels (31 %). Dans plus des trois quarts des cas, le crâne (os et cuir chevelu) est la partie touchée et dans 7 % des cas, c'est le visage. Seulement 12 bébés parmi 133 ont été hospitalisés plus d'un jour (dont 8 une journée et 4 plus d'une journée). Parmi ces 12 bébés, 9 ont subi une contusion à la tête et 2 une fracture de la tête.

Cocotte minute

Les 63 accidents de cocotte minutes enregistrés entre 1999 et 2001 par EPAC concernent 70 % de femmes et 30 % d'hommes. Tous ces accidents ont eu lieu dans la cuisine, suite à une activité ménagère. Les victimes ont entre 2 et 80 ans (moyenne : 44 ans) dont 4 enfants de 2, 4, 5 et 6 ans.

Le mécanisme le plus souvent mis en cause est la vapeur ou la manipulation d'objet chaud (impliquant des brûlures), mais on voit aussi 4 coups ou projections d'objet, 6 écrasements et 7 explosions. Seules 9 personnes, âgées de plus de 40 ans, ont été hospitalisées. Parmi elles, 7 ont été brûlées par de la vapeur ou du liquide chaud. Les parties lésées sont les organes génitaux externes, les jambes, le thorax-face et au moins 25 % du corps (4 sur 7). La durée d'hospitalisation augmente avec l'âge.

Cuisinière et four

187 accidents de cuisinière ont été enregistrés par EPAC entre 1999 et 2001, dont 45 % concernent les hommes et 55 % les femmes.

La lésion la plus fréquente est la brûlure (76 %), mais on observe également des contusions (7 %) et des plaies ouvertes (10 %). Les parties du corps les plus touchées sont les mains (35 %) puis les doigts (13 %) et le visage (11 %). Dans 22 cas, les accidentés ont été hospitalisés.

Liquide chaud

982 accidents de liquide chaud ont été enregistrés par EPAC entre 1999 et 2001, dont 46 % concernent les hommes et 54 % les femmes.

Ce sont surtout les membres supérieurs (39 %) et inférieurs (26 %) qui sont brûlés, puis le tronc (14 %). Plus de 80 % de personnes sont traitées sans hospitalisation. Pour les autres, la durée moyenne d'hospitalisation est d'environ 14 jours tous âges confondus, elle est supérieure à 20 jours pour les hospitalisés âgés de 50 ans et plus.

Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante EPAC

Annexes



Annexe 1

Déclaration de l'enquête EPAC au CNIS

(Conseil national de l'informatique statistique) -

septembre 2001

1. Source

1.1. Nom détaillé

Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante

1.2. Sigle

EPAC

2. Responsable

2.1. Institution

Institut de Veille Sanitaire (InVS)
Département Maladies Chroniques et Traumatismes
12 rue du Val d'Osne
94415 SAINT MAURICE cedex

2.2. Personne à contacter

Docteur Bertrand Thélot
Institut de Veille Sanitaire (InVS)
Adresse ci-dessus
Téléphone : 01 41 79 68 50 - Télécopie : 01 41 79 68 11 - Mail : b.thelot@invs.sante.fr

3. Objectifs

L'objectif principal de l'Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante (EPAC) est de disposer de résultats descriptifs détaillés, fiables et à jour sur le nombre et les caractéristiques des accidents de la vie courante (AcVC) survenant en France et donnant lieu à recours aux soins d'urgence en milieu hospitalier. Cette enquête a été mise initialement en place en 1986 dans un cadre européen. Elle constitue la partie française du réseau de surveillance européen Ehlass (European home and leisure accident surveillance system) étendu, sous des modalités d'enquête diverses, à l'ensemble des quinze pays de l'Union européenne. Les résultats de chaque Etat sont transmis au niveau européen pour constituer des synthèses.

4. Caractéristiques de la collecte

4.1. Principes de recueil des données

Recueil des données pour tout malade accidenté se présentant aux urgences de certains hôpitaux. Depuis 1986, entre sept et dix hôpitaux ont participé au recueil selon les années. Sont retenus tous les accidents ou traumatismes non intentionnels qui ne sont ni des accidents du travail ni des accidents de la route. En 2001, près de 600 000 données sont ainsi disponibles et exploitées.

4.2. Exhaustivité ou échantillonnage

Le recueil des données EPAC est exhaustif dans les hôpitaux participants à l'EPAC. A partir des données de la Statistique Annuelle des Etablissements de santé des années 1997, 1998, 1999 les hôpitaux participant représentaient un peu plus de 3 % de l'activité globale des urgences hospitalières en France métropolitaine. Les données d'AcVC collectées ne sont pas représentatives, toutefois les hôpitaux participants ont des activités et des situations variées : selon la taille (grands, petits), l'implantation géographique (mer, montagne, plaine, région touristique ou non, ...), le caractère universitaire (ou non). L'ajout du code postal a pour but d'améliorer l'information sur la représentativité de la base. D'autres approches sont envisagées pour caractériser ou se rapprocher de l'exhaustivité (enquête sur une région, extension à des établissements privés ...).

4.3. Ancienneté du recueil

Recueil en place depuis 1986.

4.4. Durée de conservation des données collectées : sans limite.

5. Variables et nomenclatures

5.1. Variables observées

Patients : âge, sexe, département habituel de résidence (à partir de 2001), profession et catégorie socio-professionnelle (à partir de 2001).

Prise en charge : retour à domicile, traité, hospitalisé, durée de traitement. Décédé aux urgences.

AcVC : lésion et partie lésée, lieu, mécanisme et circonstances de l'accident, produit ou élément en cause dans l'accident et dans la lésion.

Commentaire texte sur les circonstances de survenue de l'accident.

5.2. Nomenclatures employées

Nomenclatures Ehlass V86. Cette nomenclature présente notamment l'inconvénient de ne pas permettre le codage du sport pratiqué lors de l'accident. Lorsqu'une nomenclature plus complète et stabilisée sera validée et reconnue au niveau européen et international, elle pourra être utilisée en France.

6. Disponibilité des résultats

6.1. Disponibilité systématique

6.1.1. Diffusion systématique sur support papier

Lebrun E, Pocquet K, Duval C. Le système EHLASS. Bilan de 10 ans de fonctionnement, juillet 1986-juillet 1996. Ann Pediatr (Paris), 1999, 46, n°5, 368-76.

Duval C, Salomon L. Les accidents de la vie courante. Paris, La Documentation française, 1997.

Accidents de la vie courante. Site internet du ministère chargé de la santé (www.sante.gouv.fr).

Fascicules thématiques publiés depuis 1986 sur thèmes variés d'accidents.

Compte rendu annuel d'exploitation (disponible à partir des données 1999).

6.1.2. Mise à disposition sous forme de base de données

Sur demande (cf. 6.2).

6.2. Accès à la demande

Dans le cadre de coopérations et de projets d'études, par demande écrite auprès de l'InVS à l'adresse suivante :

Monsieur le Directeur général de l'Institut de Veille Sanitaire
12 rue du Val d'Osne
94415 SAINT MAURICE cedex

7. Précautions d'usage

Biais de représentativité, d'exhaustivité dans le temps et dans l'espace, de fiabilité des données.

8. Perspectives d'évolution

Compte tenu de la rareté des sources sur les accidents de la vie courante en France, l'enquête EPAC constitue une source d'information précieuse, qui n'a pas d'équivalent. Malgré ses défauts, elle doit être maintenue et améliorée.

Le soutien financier de l'Union européenne à ce recueil est essentiel, ainsi que la possibilité d'intégration aux autres données des Etats membres. On manque de résultats comparatifs au niveau européen.

Parmi les perspectives d'évolution au plan national : étendre la base à d'autres hôpitaux, mieux garantir et vérifier la qualité des données (représentativité et exhaustivité des données), améliorer l'accès aux résultats, établir des liens avec études particulières ciblées, assurer la complémentarité avec les autres sources sur les AcVC.

Annexe 2

Structure des enregistrements de la base EPAC jusqu'en 2001

POSITION	NOM	VALEURS
1-2	PAYS	14 = France
3-4	HOPITAL	(En 2002 : six hôpitaux)
13-18	DATE	Année, mois, jour du recours aux urgences (AAMMJJ)
19-20	HH	Heure
21-22	JH	Durée de séjour hospitalier (jours)
23	TRAITEMENT	Selon nomenclature
24-26	AGE	Années si ≥ 2 ans (0XX) Mois si ≤ 24 mois (2XX)
27	SEXE	1=hommes, 2=femmes
28-29	MECANISME	Mécanisme de l'accident, selon nomenclature
30-31	LIEU	Lieu de l'accident, Selon nomenclature
32-33	ACTIVITE	Activité au moment de l'accident, selon nomenclature
34-35	LESION1	Première lésion, Selon nomenclature
36-37	LESION2	Deuxième lésion, Selon nomenclature
38-39	PARTIE1	Première partie du corps lésée, selon nomenclature
40-41	PARTIE2	Deuxième partie du corps lésée, selon nomenclature
42-46	PRODUIT1	Produit 1 : impliqué dans l'accident, selon nomenclature
47-51	PRODUIT2	Produit 2 : ayant causé la lésion, selon nomenclature
52-56	PRODUIT3	Produit 3 : autre produit impliqué, selon nomenclature
57-146	DESRIPTIF	Texte libre descriptif de l'accident

Regroupements utilisés pour les statistiques générales

Le regroupement des âge a été effectué par tranches quinquennales : 0 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, ..., 70 à 74 ans, 75 ans et plus.

Regroupement des items pour la variable « lieu » :

- Intérieur maison : codes 10 à 15
- Extérieur maison : codes 20 à 25
- Voie publique : code 30
- Aire de sport : codes 70 à 81, 83
- Autre : tous les autres codes (sauf le code 99)

Regroupement des items pour la variable « activité » :

- Activité ménagère : code 10
- Course : code 30
- Bricolage : code 20
- Scolaire : codes 40 à 42
- Sports : codes 1 à 9, 11 à 19, 21 à 29, 31 à 39, 43 à 49, 50 à 59, 61 à 69, 71 à 94
- Jeux/loisirs : code 60
- Besoins personnels : code 70
- Autre : code 98

Regroupement des items pour la variable « mécanisme » :

- Chute : codes 1 à 3
- Coups – collision : code 6
- Déformation/effort : code 4
- Contact/corps étranger : codes 5, 7 à 10 et 12
- Autre : tous les autres codes (sauf le code 99)

Regroupement des items pour la variable « lésion » :

- Contusion : code 01
- Plaie ouverte : code 03
- Fracture : code 04
- Entorse : code 06
- Autre : tous les autres codes (sauf le code 99)

Regroupement des items pour la variable « partie lésée » :

- Membre supérieur : codes 52 à 59
- Membre inférieur : codes 61 à 69
- Tête : codes 10 à 18
- Tronc : codes 21 à 51
- Autre : tous les autres codes (sauf le code 99)

Choix du regroupement des items pour la création de la variable « traitement » :

- Examiné traité : codes 1 et 2
- Hospitalisé : code 5
- Suivi ultérieur : codes 3 et 4

Regroupements spécifiques pour les statistiques chez les enfants

Regroupement des items pour la variable « lieu » :

- Intérieur maison : codes 10 à 15
- Extérieur maison : codes 20 à 25
- Voie publique : code 30
- Ecole : codes 50 à 58
- Aire de sport : codes 70 à 81, 83
- Autre : tous les autres codes (sauf le code 99)

Regroupement des items pour la variable « activité » :

- Scolaire : codes 40 à 42
- Sports : codes 1 à 9, 11 à 19, 21 à 29, 31 à 39, 43 à 49, 50 à 59, 61 à 69, 71 à 94
- Jeux/loisirs : code 60
- Besoins personnels : code 70
- Autre : codes 10, 20, 30 et 98

Regroupement des items pour la variable « mécanisme » :

- Chute : codes 1 à 3
- Coups – collision : code 6
- Déformation/effort : code 4
- Ecrasement : code 7
- Autre : tous les autres codes (sauf le code 99)

Regroupements spécifiques pour les statistiques chez les personnes âgées

Regroupement des items pour la variable « lieu » :

- Intérieur maison : codes 10 à 15
- Extérieur maison : codes 20 à 25
- Voie publique : code 30
- Maison de retraite : sélectionné dans le commentaire puis retiré des autres codes
- Autre : tous les autres codes (sauf le code 99)

Regroupement des items pour la variable « activité » :

- Activité ménagère : code 10
- Course : code 30
- Bricolage : code 20
- Sports : codes 1 à 9, 11 à 19, 21 à 29, 31 à 39, 43 à 49, 50 à 59, 61 à 69, 71 à 94
- Jeux/loisirs : code 60
- Besoin perso : code 70
- Autre : codes 40 à 42 et 98

Regroupement des items pour la variable « lésion » :

- Contusion/hématome : code 01
- Plaie ouverte : code 03
- Fracture : code 04
- Luxation : code 05
- Entorse : code 06
- Autre : tous les autres codes (sauf le code 99)

Regroupement des items pour la variable « lésion » :

- Contusion/hématome : code 01
- Plaie ouverte : code 03
- Fracture : code 04
- Empoisonnement : code 11
- Brûlure : code 12

Regroupements spécifiques pour les statistiques de décès

Regroupement des items pour la variable « activité » :

- Activité ménagère : code 10
- Bricolage : code 20
- Sports : codes 1 à 9, 11 à 19, 21 à 29, 31 à 39, 43 à 49, 50 à 59, 61 à 69, 71 à 94
- Jeux/loisirs : code 60
- Besoins personnels : code 70
- Autre : tous les autres codes (sauf le code 99)

Regroupement des items pour la variable « mécanisme » :

- Chute : codes 1 à 3
- Coups – collision : code 6
- Contact/corps étranger : codes 5, 7 à 10 et 12
- Noyade : code 13
- Feu/flamme : code 18
- Autre : tous les autres codes (sauf le code 99)

Regroupements spécifiques pour les statistiques de brûlures

Regroupement des items pour la variable « activité » :

- Activité ménagère : code 10
- Bricolage : code 20
- Sports : codes 1 à 9, 11 à 19, 21 à 29, 31 à 39, 43 à 49, 50 à 59, 61 à 69, 71 à 94
- Jeux/loisirs : code 60
- Besoins personnels : code 70
- Autre : tous les autres codes (sauf le code 99)

Regroupement des items pour la variable « mécanisme » :

- Chute : codes 1 à 3
- Explosion/corps étranger : codes 5, 7 à 10 et 12
- Exposition chimique : code 15
- Liquide chaud : code 16
- Objet chaud : code 17

- Feu/flamme : code 18
- Lumière/radiation : code 21
- Autre : tous les autres codes (sauf le code 99)

Regroupements spécifiques pour les statistiques d'accidents de sport

Regroupement des items pour la variable « lésion » :

- Contusion : code 01
- Plaie ouverte : code 03
- Fracture : code 04
- Luxation : code 05
- Entorse : code 06
- Autre : tous les autres codes (sauf le code 99)

Regroupements spécifiques pour les statistiques d'accidents mettant en cause une échelle ou un escabeau

Regroupement des items pour la variable « activité » :

- Activité ménagère : code 10
- Bricolage : code 20
- Jeux/loisirs : code 60
- Autre : tous les autres codes (sauf le code 99)

Annexe 3

Recours aux urgences et hospitalisations par mois et par hôpital

Recours aux urgences par mois et par hôpital – EPAC

ANNEE	MOIS	HOPITAL							Total
		Anecy	Besançon	Béthune	Bordeaux	Limoges	Reims	Vannes	
1999	Janvier	1 174	335	285	1 159	519	322	331	4 125
	Février	952	297	261	1 107	413	274	300	3 604
	Mars	1 189	363	334	1 396	474	415	415	4 586
	Avril	1 035	467	314	1 383	318	371	406	4 294
	Mai	1 286	256	293	1 593	555	523	453	4 959
	Juin	1 201	121	315	1 449	452	397	359	4 294
	Juillet	1 383	312	302	1 329	404	374	360	4 464
	Août	1 311	403	295	1 220	278	371	321	4 199
	Septembre	1 171	401	257	1 212	419	382	386	4 228
	Octobre	1 267	461	260	1 466	544	399	350	4 747
	Novembre	972	354	184	1 220	376	322	343	3 771
	Décembre	851	303	279	1 163	368	248	277	3 489
Total		13 792	4 073	3 379	15 697	5 120	4 398	4 301	50 760
2000	Janvier	1 120	350	190	1 322	562	323	281	4 148
	Février	1 241	377	231	1 133	416	361	263	4 022
	Mars	1 275	511	227	1 369	447	396	342	4 567
	Avril	1 252	426	265	1 160	274	367	222	3 966
	Mai	1 330	483	244	1 518	526	401	145	4 647
	Juin	1 382	472	290	1 407	487	359	116	4 513
	Juillet	1 253	371	219	1 237	409	250	64	3 803
	Août	1 313	343	332	996	225	274	106	3 589
	Septembre	1 157	401	248	1 249	465	311	107	3 938
	Octobre	1 138	408	224	1 321	438	314	67	3 910
	Novembre	984	402	216	1 241	392	302	32	3 569
	Décembre	969	311	232	1 304	277	290	25	3 408
Total		14 414	4 855	2 918	15 257	4 918	3 948	1 770	48 080
2001	Janvier	1 110	327	190	1 282		326	298	3 533
	Février	1 107	312	178	1 236		278	12	3 123
	Mars	1 028	390	230	1 349		377	159	3 533
	Avril	1 062	382	173	1 352		424	212	3 605
	Mai	1 412	618	145	1 577		569	281	4 602
	Juin	1 120	508	95	1 468		369	98	3 658
	Juillet	1 243	422	57	1 213		379	103	3 417
	Août	1 217	368	61	1 215		218	147	3 226
	Septembre	1 009	468	77	1 343		160	104	3 161
	Octobre	1 153	527	56	1 513		360	96	3 705
	Novembre	974	448	37	1 330		292	89	3 170
	Décembre	954	385	22	1 069		263	44	2 737
Total		13 389	5 155	1 321	15 947		4 015	1 643	41 470

Hospitalisations par mois et par hôpital – EPAC

ANNEE	MOIS	HOPITAL							Total
		Anecy	Besançon	Béthune	Bordeaux	Limoges	Reims	Vannes	
1999	Janvier	158		12	177	46	28	11	432
	Février	144	1	6	175	56	13	15	410
	Mars	136		4	244	49	21	43	497
	Avril	121		4	215	42	18	13	413
	Mai	140	1	10	271	63	20	25	530
	Juin	130		10	211	41	27	26	445
	Juillet	179	1	3	246	50	18	36	533
	Août	170	1	6	229	41	17	42	506
	Septembre	153	1	1	151	68	19	24	417
	Octobre	138	1	4	199	86	15	13	456
	Novembre	121			202	42	12	16	393
	Décembre	127		2	208	71	13	3	424
Total		1 717	6	62	2 528	655	221	267	5 456
2000	Janvier	161	1	5	236	93	11	11	518
	Février	168		2	143	46	29	8	396
	Mars	155	1	3	188	44	19	12	422
	Avril	160		2	147	38	22	20	389
	Mai	170			210	64	25	10	479
	Juin	189	1	3	195	49	16	1	454
	Juillet	170	1	4	174	35	13	15	412
	Août	196		1	142	41	19	21	420
	Septembre	136			165	35	11	12	359
	Octobre	129		1	134	44	3	8	319
	Novembre	128	1	1	191	23	18		362
	Décembre	126		1	175	10	23		335
Total		1 888	5	23	2 100	522	209	118	4 865
2001	Janvier	171		1	212		24	8	416
	Février	169			164		11	6	350
	Mars	117		1	194		32	1	345
	Avril	129	1	7	187		43	2	369
	Mai	162	1	11	229		32	18	453
	Juin	148	1	1	232		24	7	413
	Juillet	179	2	4	195		26	13	419
	Août	200	1	5	189		17	29	441
	Septembre	138	1	4	184		8	14	349
	Octobre	145		3	164		12	9	333
	Novembre	110	4	1	188		12	6	321
	Décembre	108	28		192		17	1	346
Total		1 776	39	38	2 330		258	114	4 555

Figure 94. Recours aux urgences pour AcVC par mois et par hôpital selon EPAC

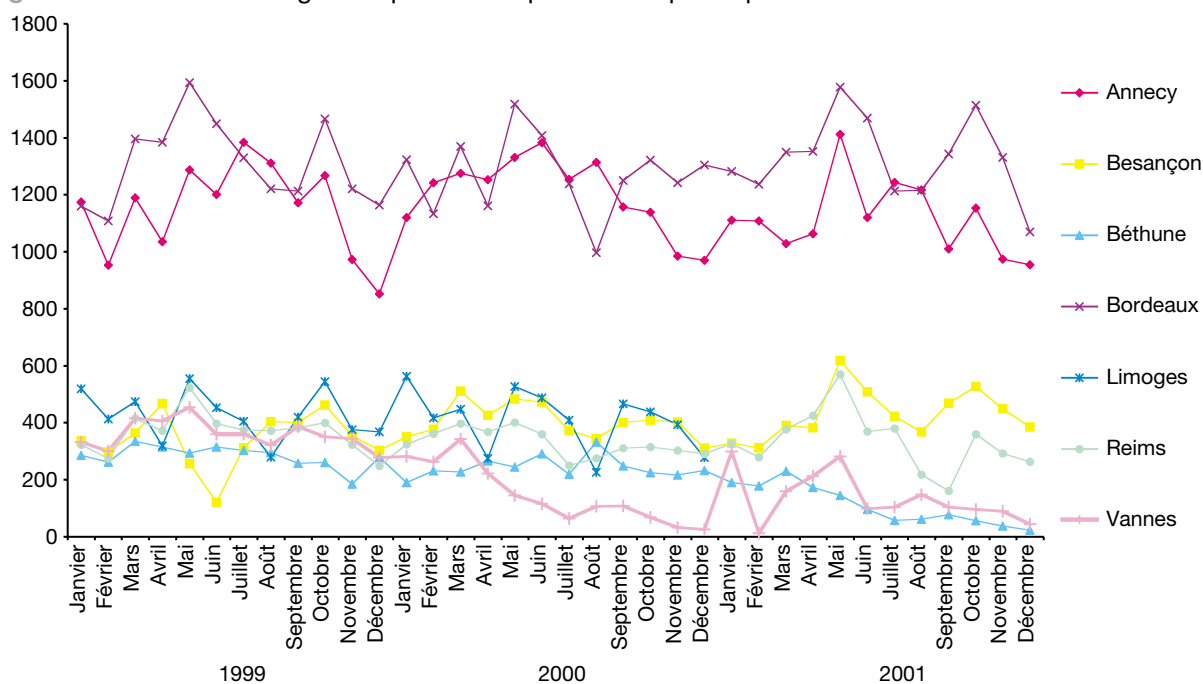
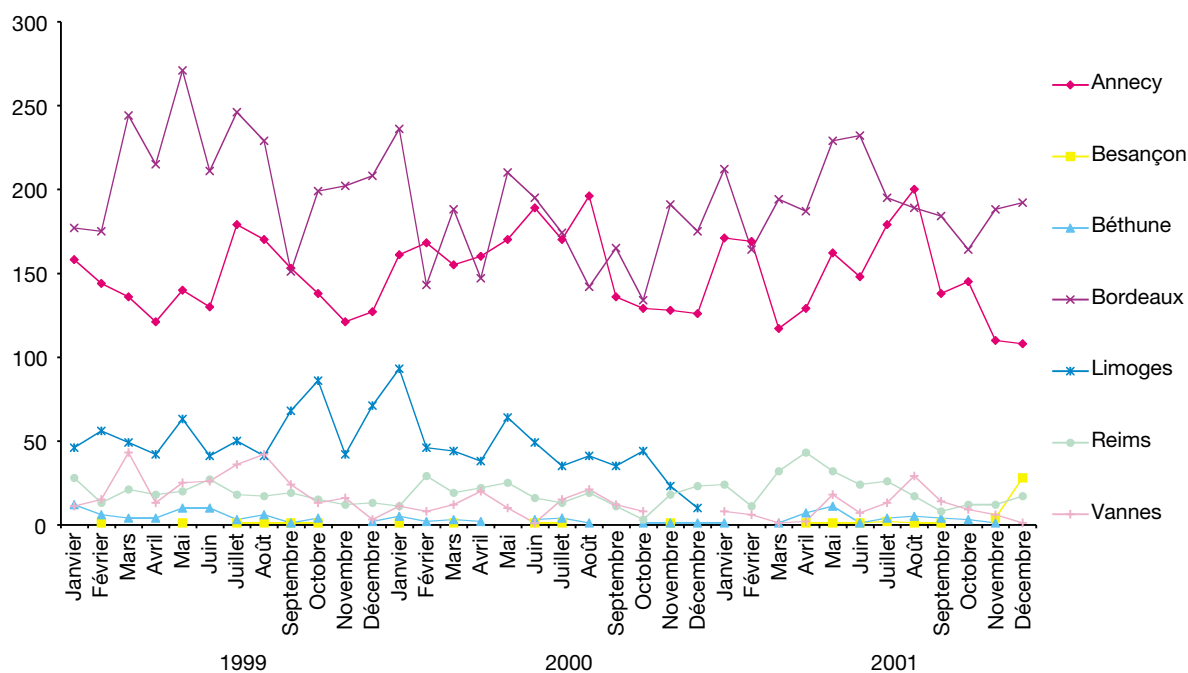


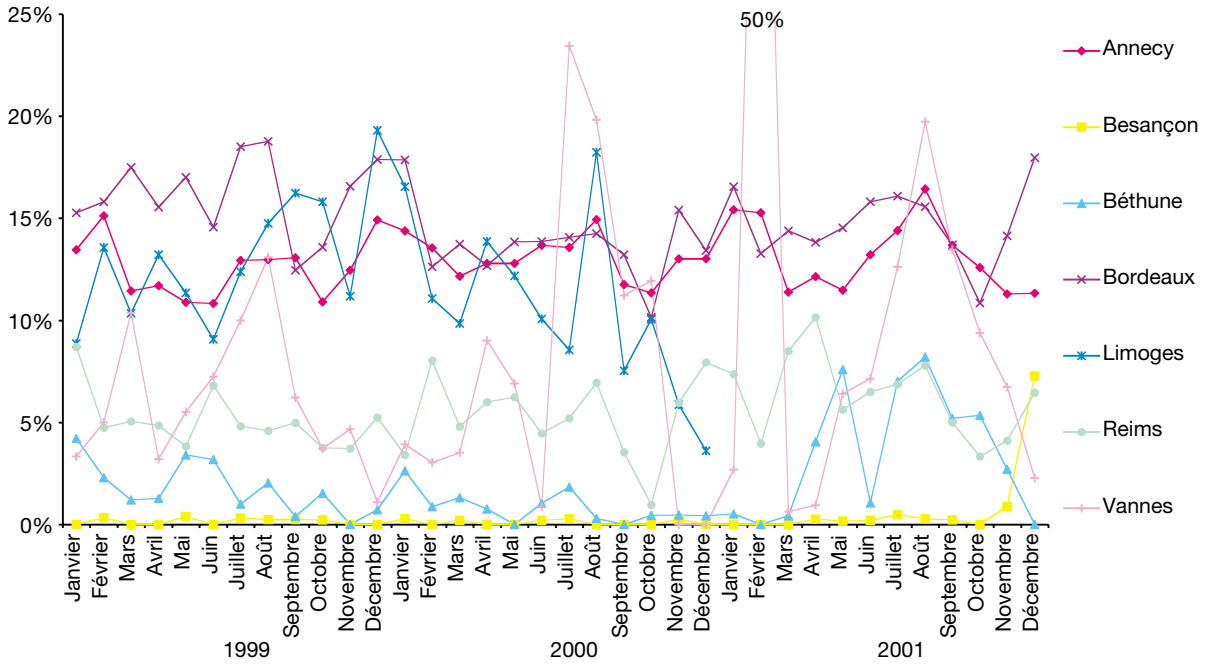
Figure 95. Hospitalisation pour AcVC par mois et par hôpital selon EPAC



Taux d'hospitalisation par mois et par hôpital – EPAC (hospitalisés / recours aux urgences)

HOPITAL									
ANNEE	MOIS	Annecy	Besançon	Béthune	Bordeaux	Limoges	Reims	Vannes	Total
1999	Janvier	13,5 %	0,0 %	4,2 %	15,3 %	8,9 %	8,7 %	3,3 %	10,5 %
	Février	15,1 %	0,3 %	2,3 %	15,8 %	13,6 %	4,7 %	5,0 %	11,4 %
	Mars	11,4 %	0,0 %	1,2 %	17,5 %	10,3 %	5,1 %	10,4 %	10,8 %
	Avril	11,7 %	0,0 %	1,3 %	15,5 %	13,2 %	4,9 %	3,2 %	9,6 %
	Mai	10,9 %	0,4 %	3,4 %	17,0 %	11,4 %	3,8 %	5,5 %	10,7 %
	Juin	10,8 %	0,0 %	3,2 %	14,6 %	9,1 %	6,8 %	7,2 %	10,4 %
	Juillet	12,9 %	0,3 %	1,0 %	18,5 %	12,4 %	4,8 %	10,0 %	11,9 %
	Août	13,0 %	0,2 %	2,0 %	18,8 %	14,7 %	4,6 %	13,1 %	12,1 %
	Septembre	13,1 %	0,2 %	0,4 %	12,5 %	16,2 %	5,0 %	6,2 %	9,9 %
	Octobre	10,9 %	0,2 %	1,5 %	13,6 %	15,8 %	3,8 %	3,7 %	9,6 %
	Novembre	12,4 %	0,0 %	0,0 %	16,6 %	11,2 %	3,7 %	4,7 %	10,4 %
	Décembre	14,9 %	0,0 %	0,7 %	17,9 %	19,3 %	5,2 %	1,1 %	12,2 %
Total		12,4 %	0,1 %	1,8 %	16,1 %	12,8 %	5,0 %	6,2 %	10,7 %
2000	Janvier	14,4 %	0,3 %	2,6 %	17,9 %	16,5 %	3,4 %	3,9 %	12,5 %
	Février	13,5 %	0,0 %	0,9 %	12,6 %	11,1 %	8,0 %	3,0 %	9,8 %
	Mars	12,2 %	0,2 %	1,3 %	13,7 %	9,8 %	4,8 %	3,5 %	9,2 %
	Avril	12,8 %	0,0 %	0,8 %	12,7 %	13,9 %	6,0 %	9,0 %	9,8 %
	Mai	12,8 %	0,0 %	0,0 %	13,8 %	12,2 %	6,2 %	6,9 %	10,3 %
	Juin	13,7 %	0,2 %	1,0 %	13,9 %	10,1 %	4,5 %	0,9 %	10,1 %
	Juillet	13,6 %	0,3 %	1,8 %	14,1 %	8,6 %	5,2 %	23,4 %	10,8 %
	Août	14,9 %	0,0 %	0,3 %	14,3 %	18,2 %	6,9 %	19,8 %	11,7 %
	Septembre	11,8 %	0,0 %	0,0 %	13,2 %	7,5 %	3,5 %	11,2 %	9,1 %
	Octobre	11,3 %	0,0 %	0,4 %	10,1 %	10,0 %	1,0 %	11,9 %	8,2 %
	Novembre	13,0 %	0,2 %	0,5 %	15,4 %	5,9 %	6,0 %	0,0 %	10,1 %
	Décembre	13,0 %	0,0 %	0,4 %	13,4 %	3,6 %	7,9 %	0,0 %	9,8 %
Total		13,1 %	0,1 %	0,8 %	13,8 %	10,6 %	5,3 %	6,7 %	10,1 %
2001	Janvier	15,4 %	0,0 %	0,5 %	16,5 %		7,4 %	2,7 %	11,8 %
	Février	15,3 %	0,0 %	0,0 %	13,3 %		4,0 %	50,0 %	11,2 %
	Mars	11,4 %	0,0 %	0,4 %	14,4 %		8,5 %	0,6 %	9,8 %
	Avril	12,1 %	0,3 %	4,0 %	13,8 %		10,1 %	0,9 %	10,2 %
	Mai	11,5 %	0,2 %	7,6 %	14,5 %		5,6 %	6,4 %	9,8 %
	Juin	13,2 %	0,2 %	1,1 %	15,8 %		6,5 %	7,1 %	11,3 %
	Juillet	14,4 %	0,5 %	7,0 %	16,1 %		6,9 %	12,6 %	12,3 %
	Août	16,4 %	0,3 %	8,2 %	15,6 %		7,8 %	19,7 %	13,7 %
	Septembre	13,7 %	0,2 %	5,2 %	13,7 %		5,0 %	13,5 %	11,0 %
	Octobre	12,6 %	0,0 %	5,4 %	10,8 %		3,3 %	9,4 %	9,0 %
	Novembre	11,3 %	0,9 %	2,7 %	14,1 %		4,1 %	6,7 %	10,1 %
	Décembre	11,3 %	7,3 %	0,0 %	18,0 %		6,5 %	2,3 %	12,6 %
Total		13,3 %	0,8 %	2,9 %	14,6 %		6,4 %	6,9 %	11,0 %

Figure 96. Taux d'hospitalisation pour AcVC par mois et par hôpital selon EPAC



Annexe 4

Répartitions par sexe et par âge selon les caractéristiques des accidents : activité, mécanisme, lésion, partie lésée et traitement

Activité lors de l'accident :

Figure 97. Répartition des AcVC par âge, selon l'activité, chez les hommes

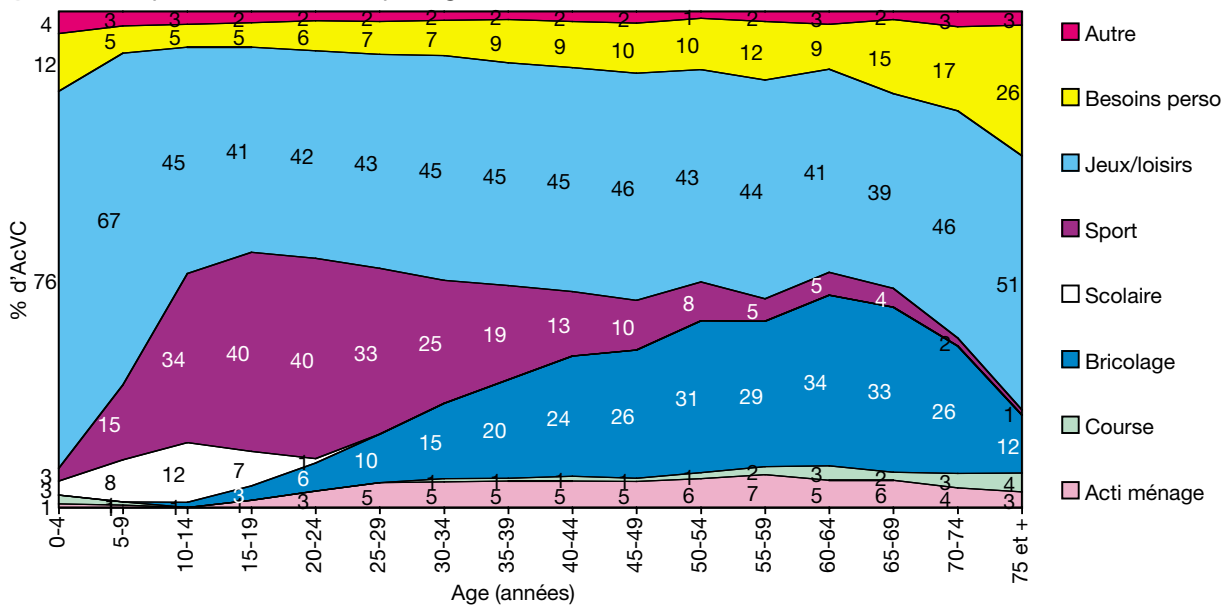
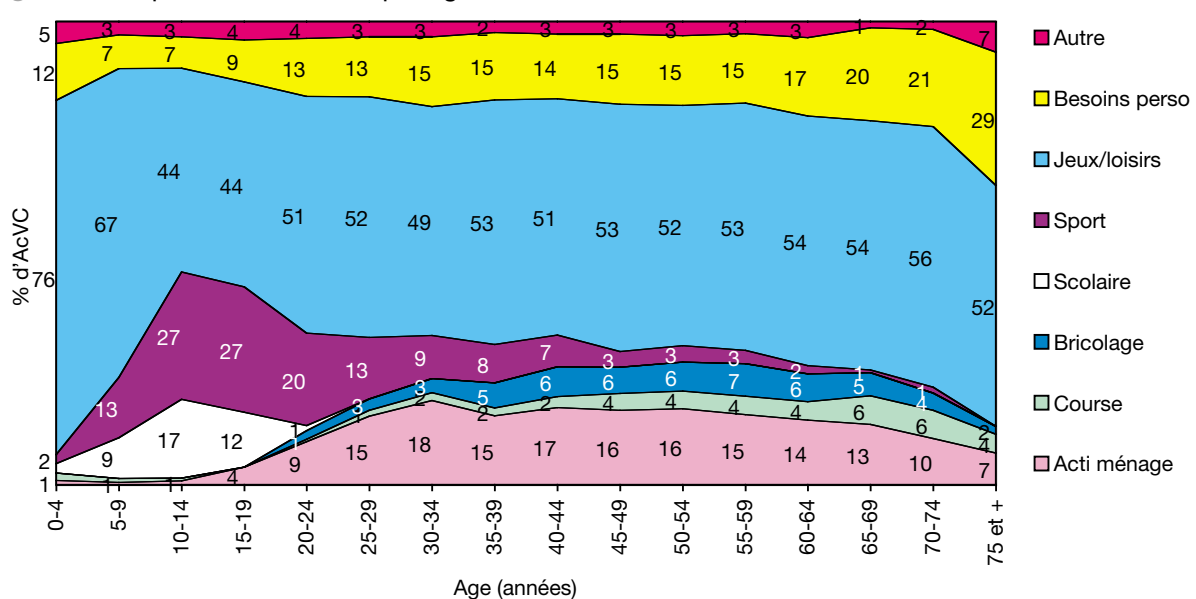


Figure 98. Répartition des AcVC par âge, selon l'activité, chez les femmes



Mécanisme de l'accident :

Figure 99. Répartition des AcVC par âge, selon le mécanisme, chez les hommes

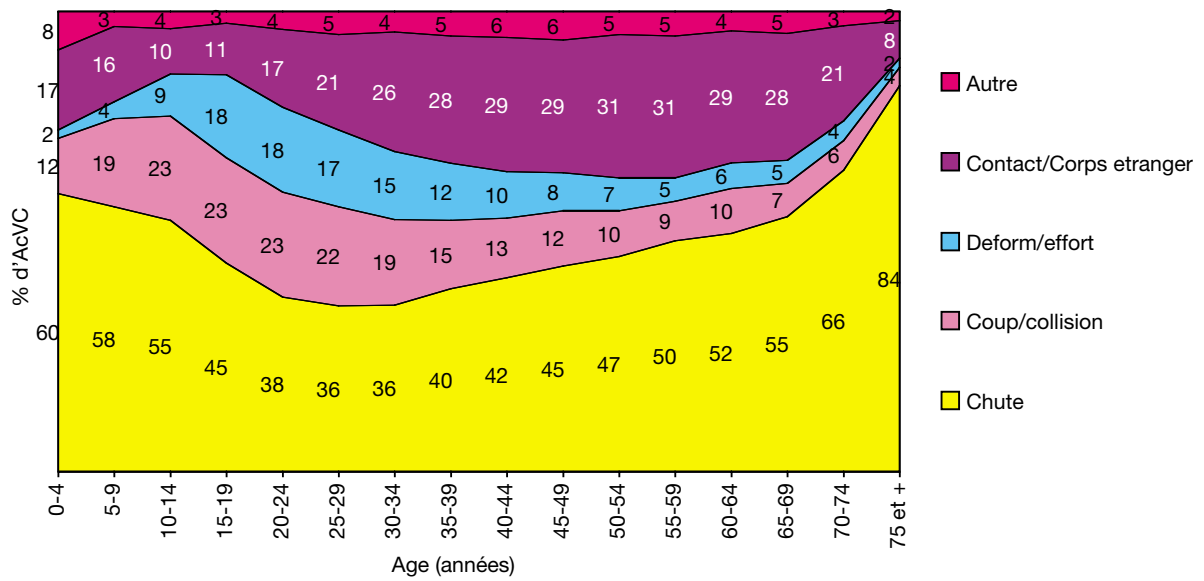
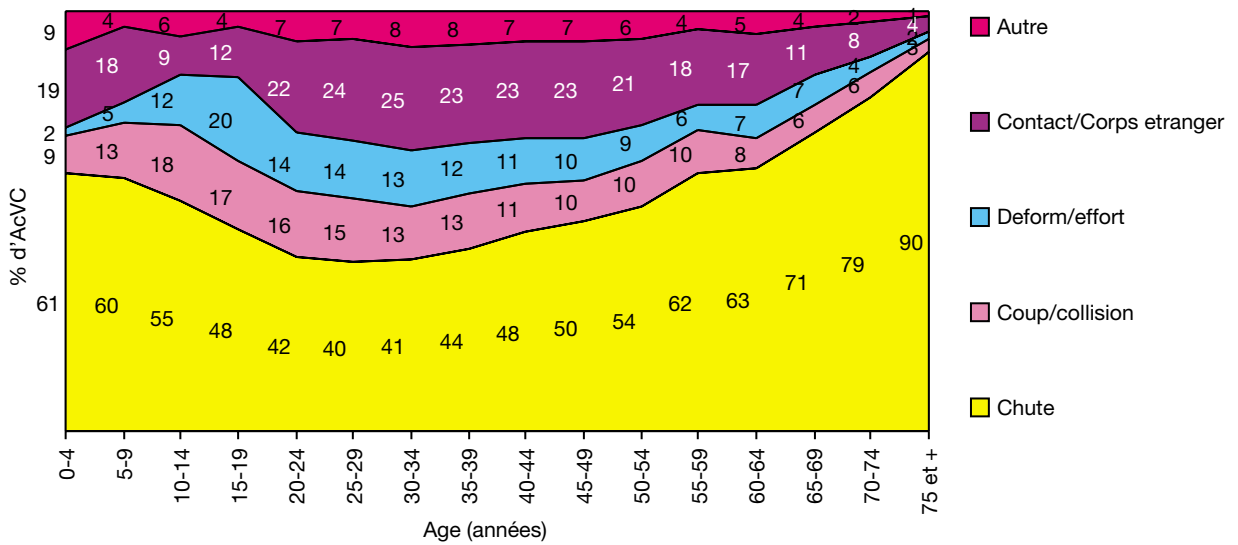


Figure 100. Répartition des AcVC par âge, selon le mécanisme, chez les femmes



Lésion résultant de l'accident :

Figure 101. Répartition des AcVC par âge, selon la lésion, chez les hommes

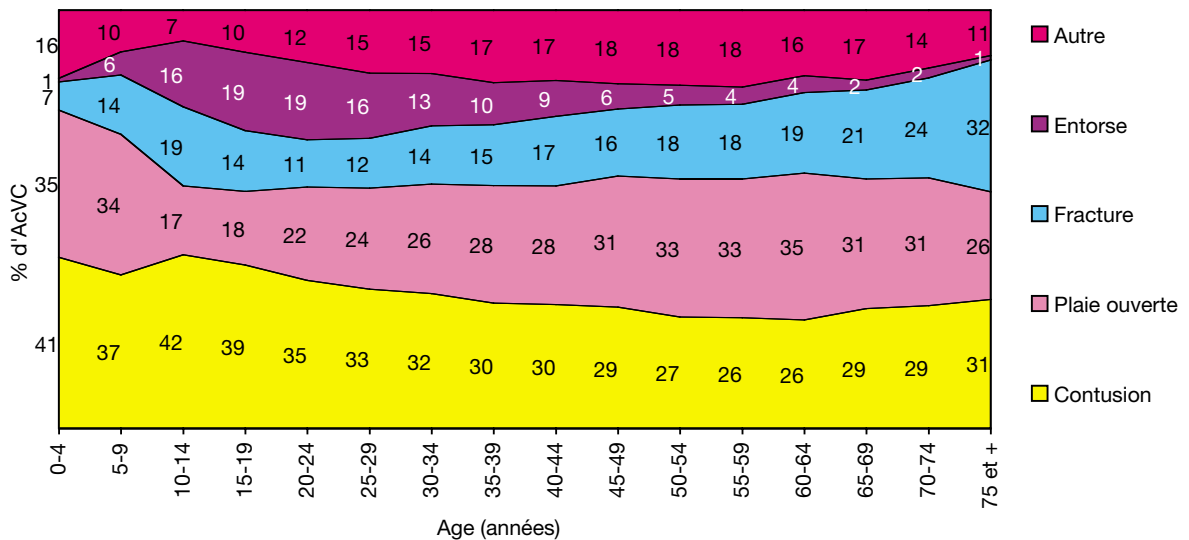
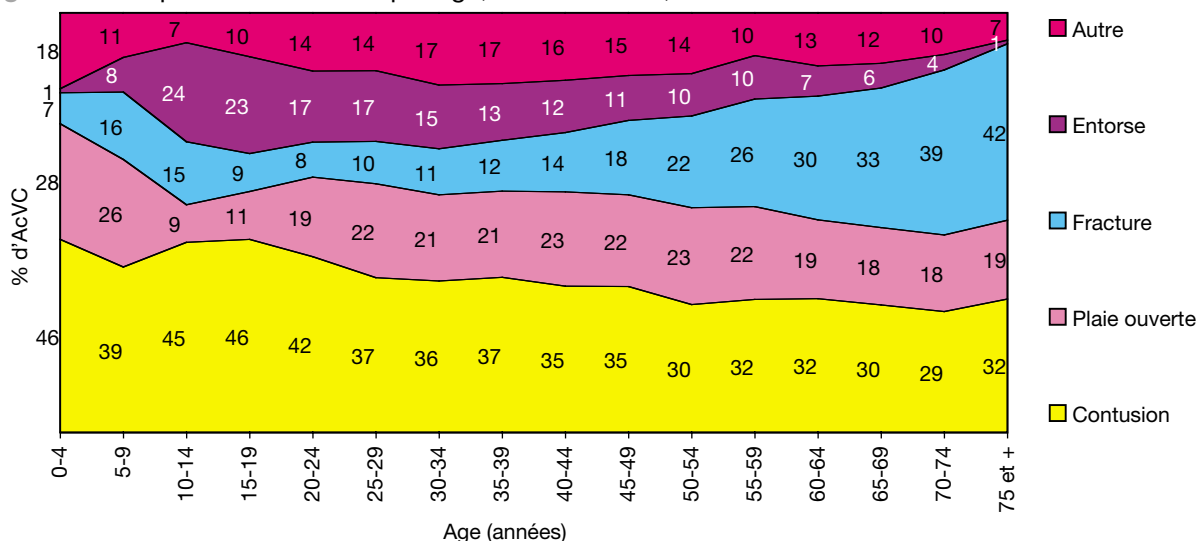


Figure 102. Répartition des AcVC par âge, selon la lésion, chez les femmes



Partie lésée lors de l'accident :

Figure 103. Répartition des AcVC par âge, selon la partie lésée, chez les hommes

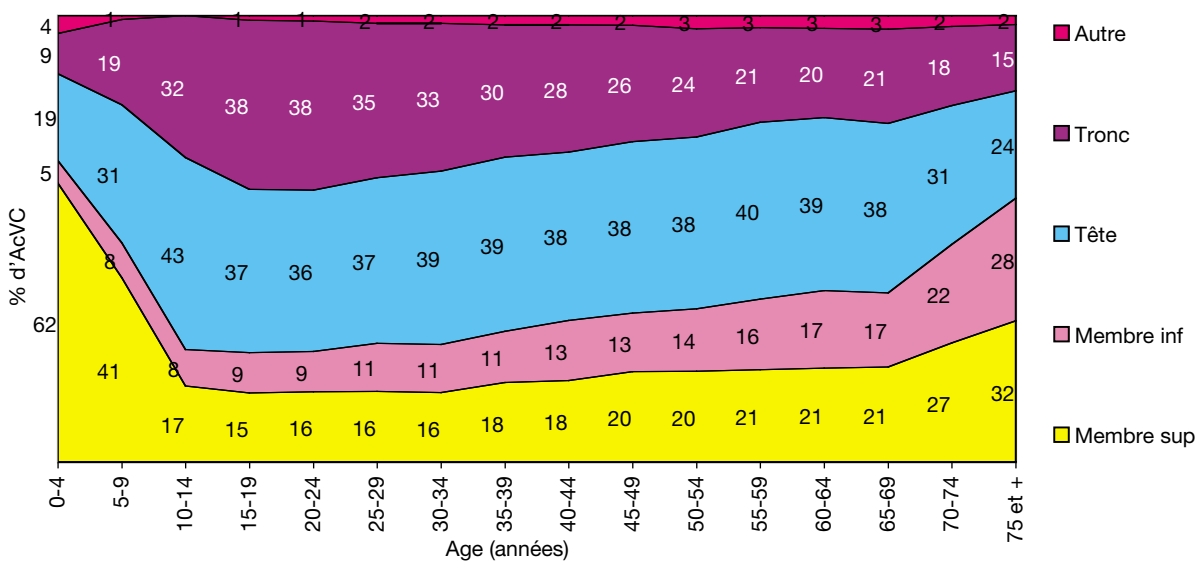
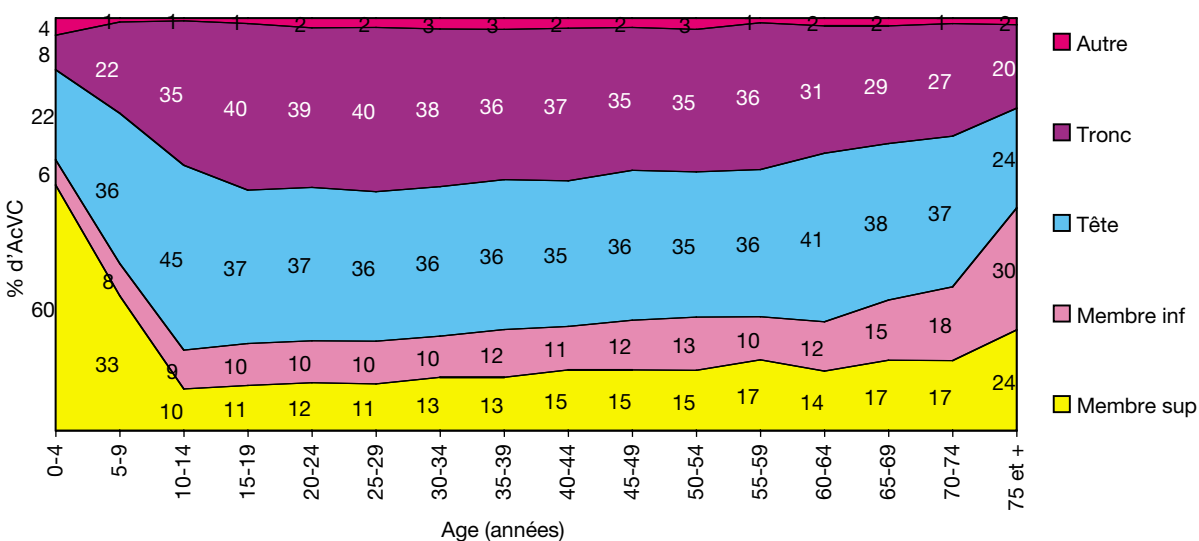


Figure 104. Répartition des AcVC par âge, selon la partie lésée, chez les femmes



Modalité du traitement lors de l'accident

Figure 105. Répartition des AcVC par modalité de traitement, selon l'âge, chez les hommes

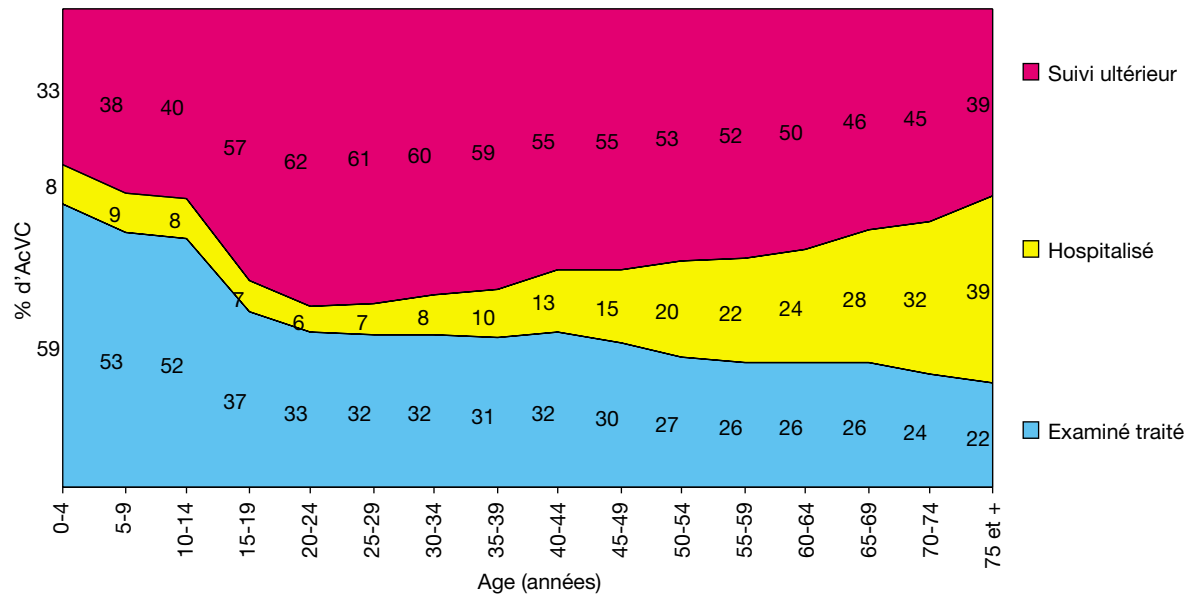
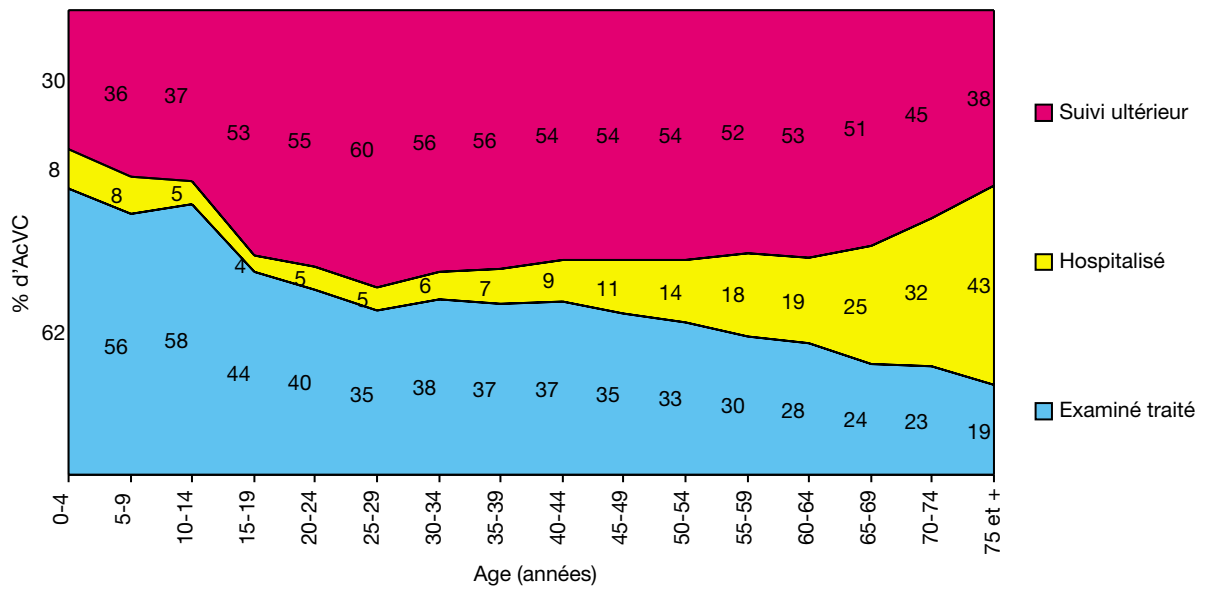


Figure 106. Répartition des AcVC par modalité de traitement, selon l'âge, chez les femmes



Annexe 5

Répartitions par âge des parties du corps lésées selon le sexe et le type de lésion (contusion, plaie ouverte, fracture, entorse)

Figure 107. Contusions chez les hommes

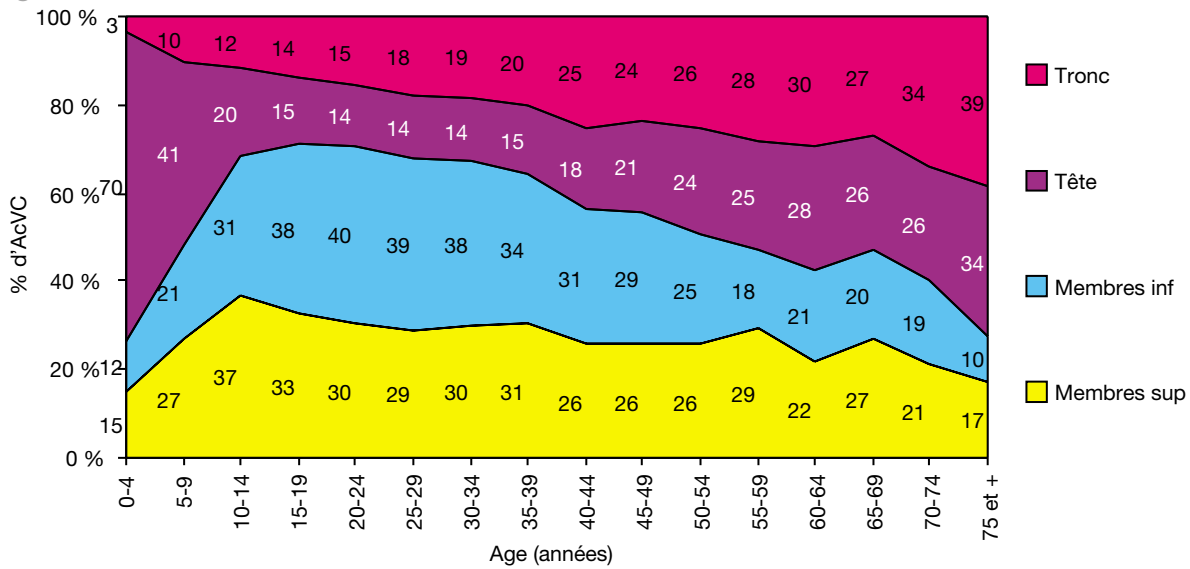


Figure 108. Contusions chez les femmes

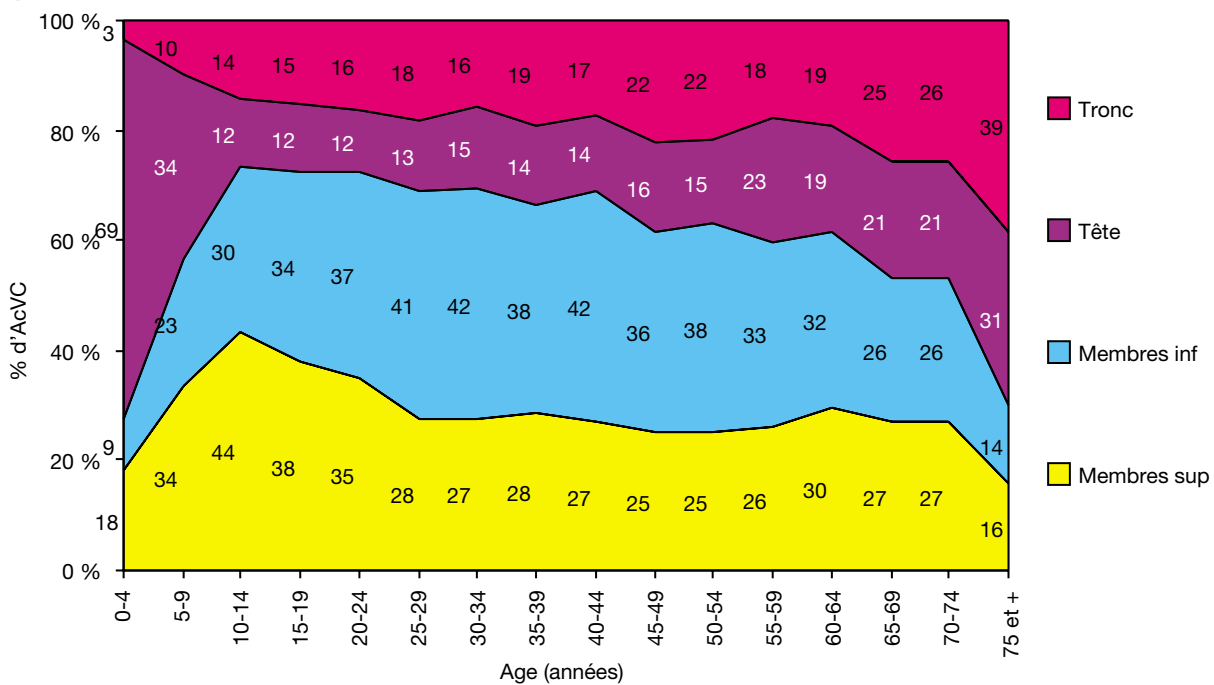


Figure 109. Plaies ouvertes chez les hommes

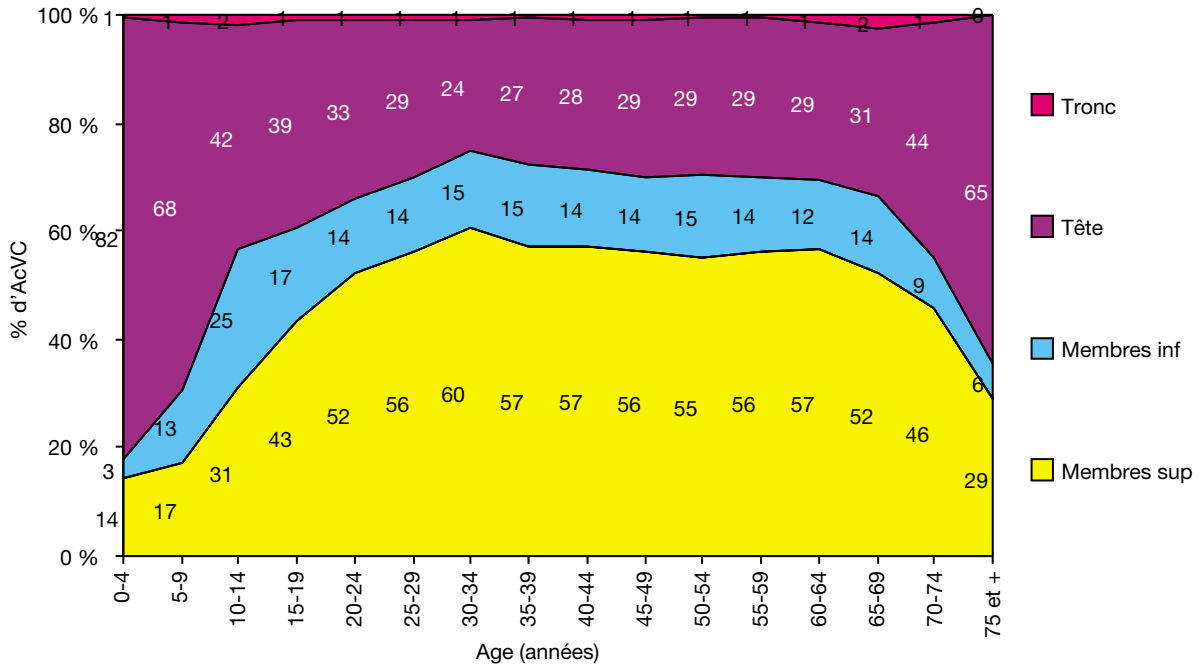


Figure 110. Plaies ouvertes chez les femmes

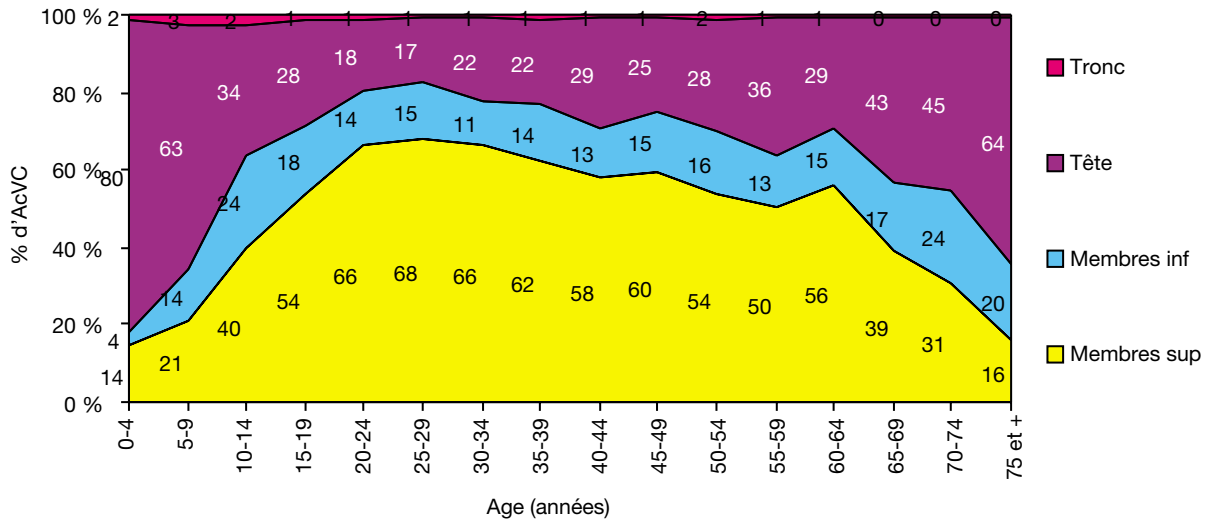


Figure 111. Fractures chez les hommes

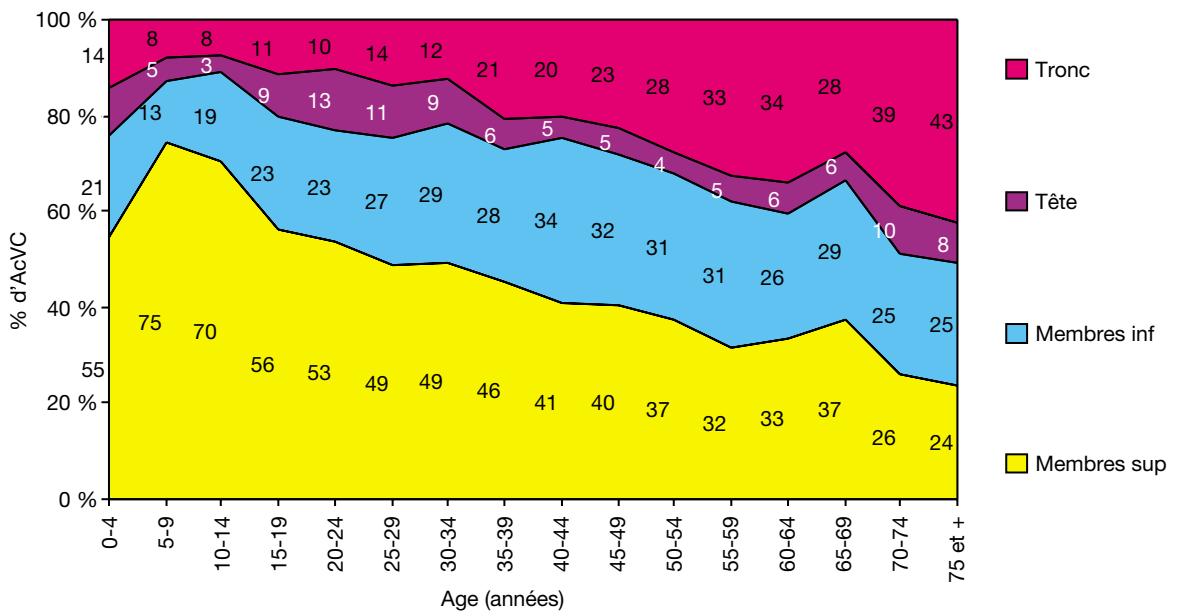


Figure 112. Fractures chez les femmes

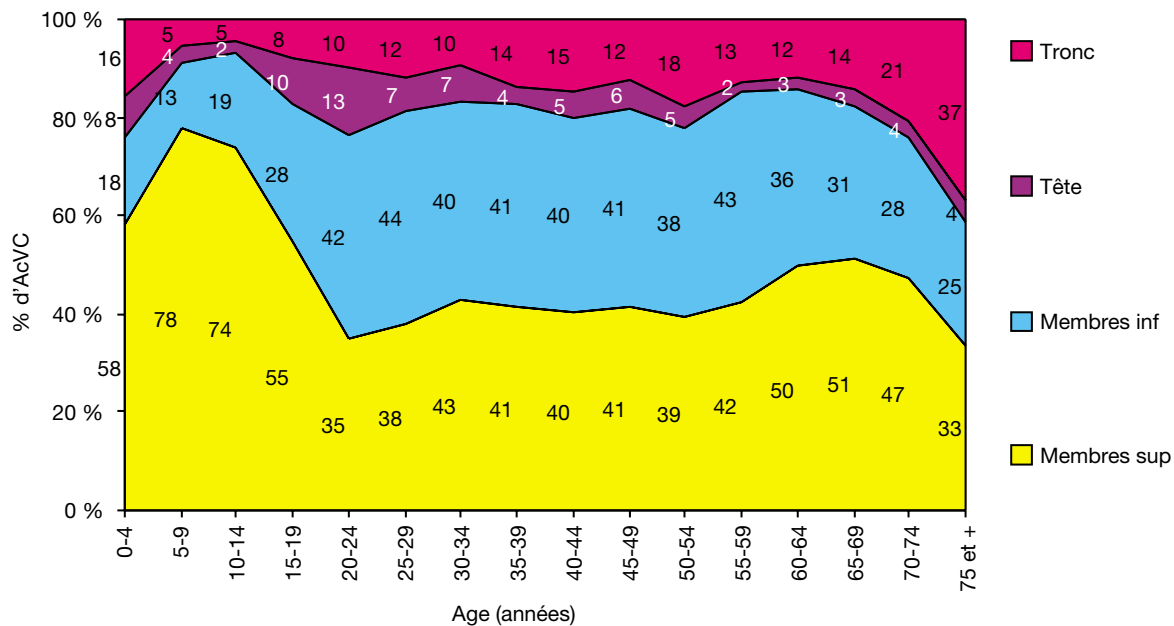


Figure 113. Entorses chez les hommes

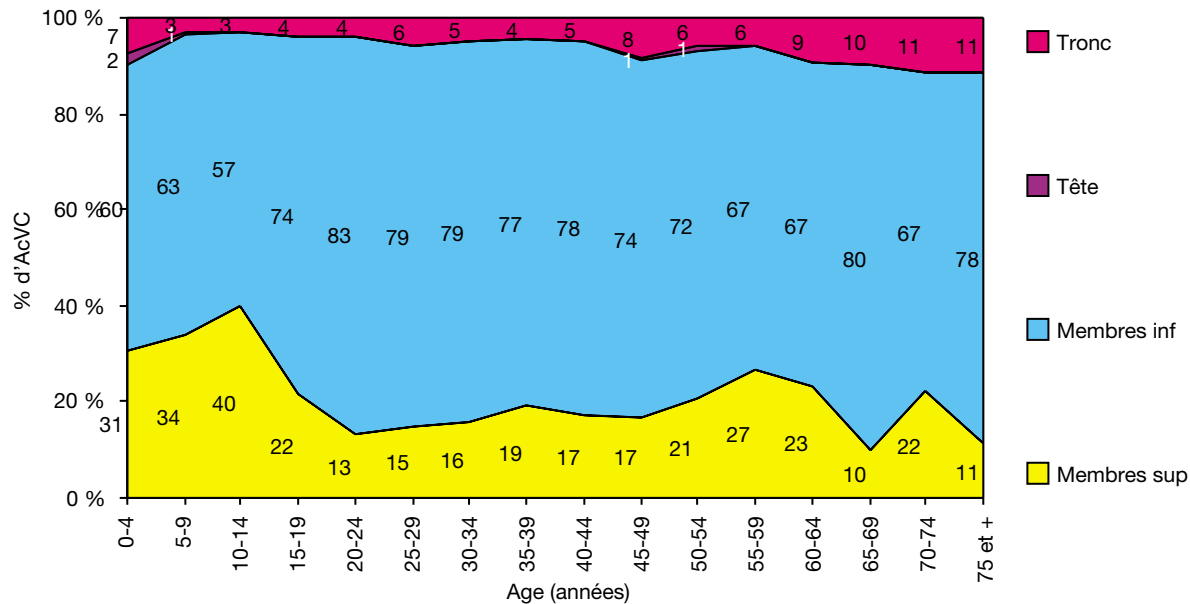
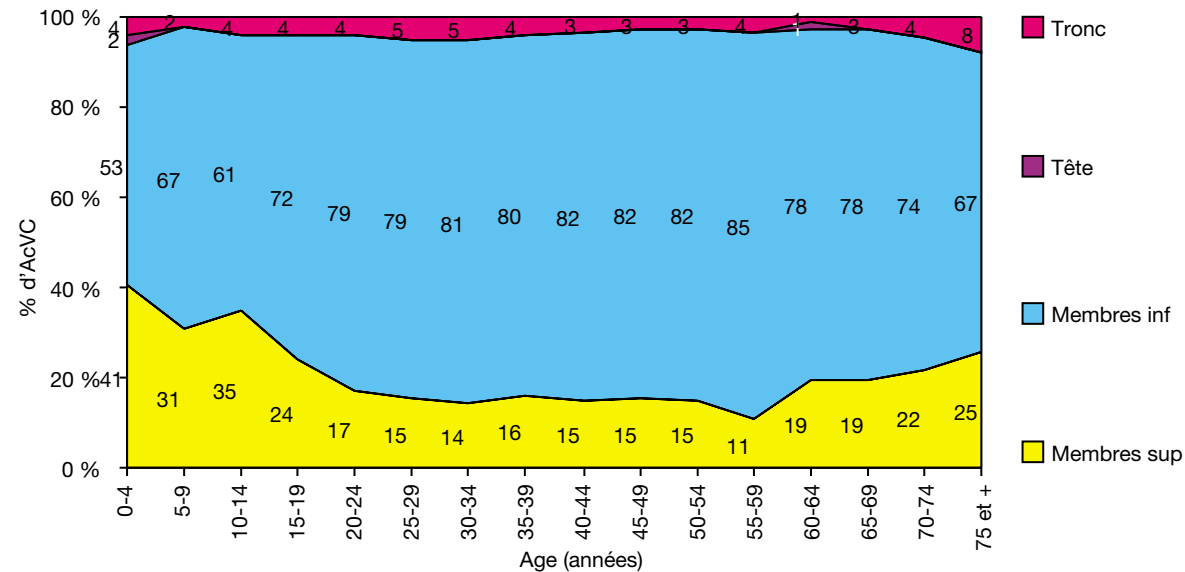


Figure 114. Entorses chez les femmes



Annexe 6

Éléments détaillés pour les accidents suivis d'une hospitalisation

Lieu de survenue de l'accident chez les hospitalisés :

Figure 115. Répartition des AcVC par âge, selon le lieu, chez les hommes hospitalisés

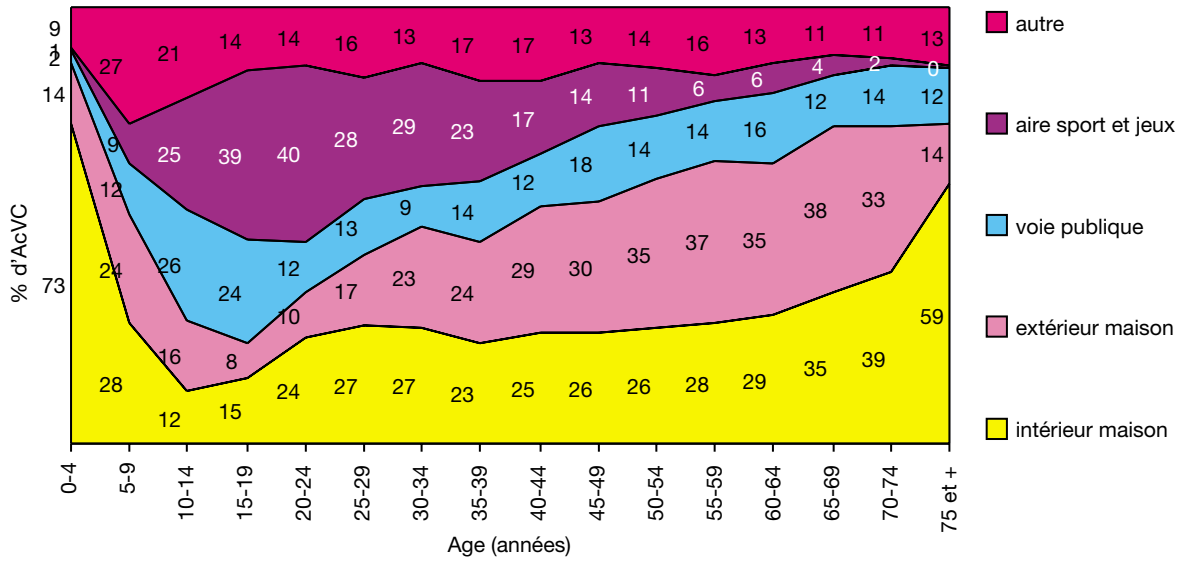
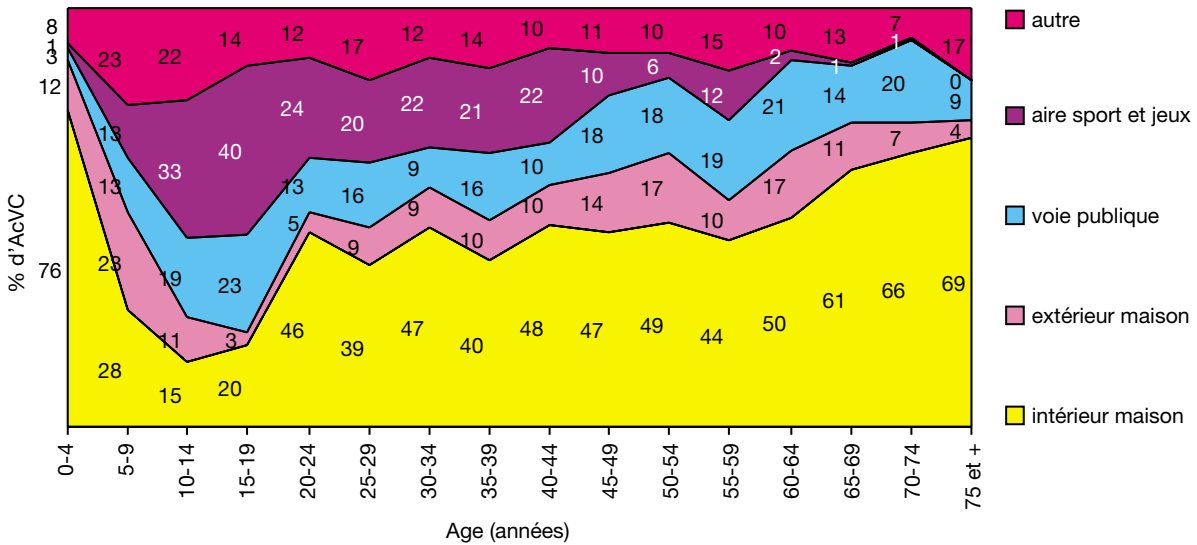


Figure 116. Répartition des AcVC par âge, selon le lieu, chez les femmes hospitalisées



Activité lors de l'accident chez les hospitalisés :

Figure 117. Répartition des AcVC par âge, selon l'activité, chez les hommes hospitalisés

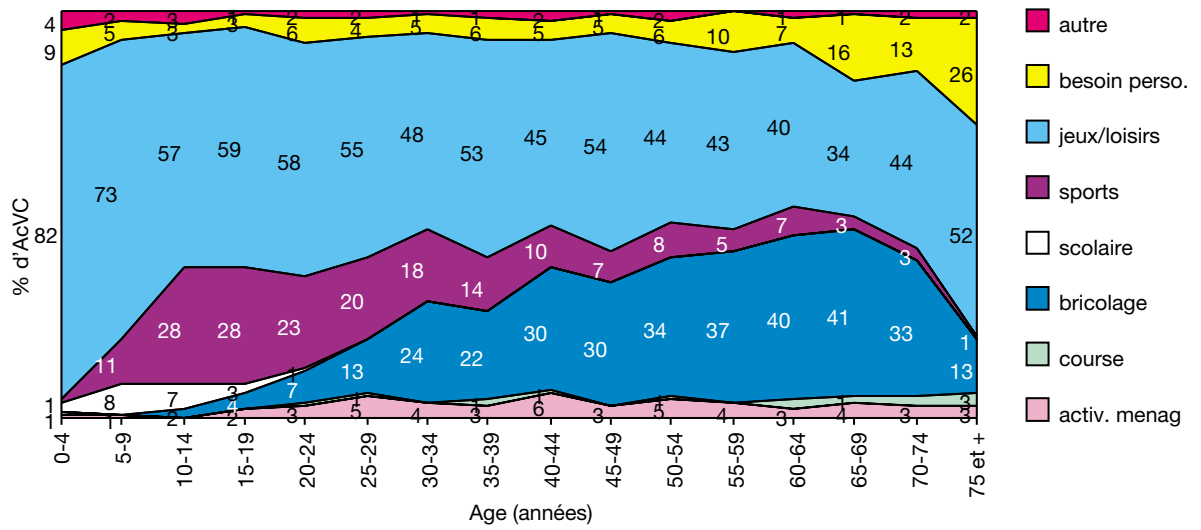
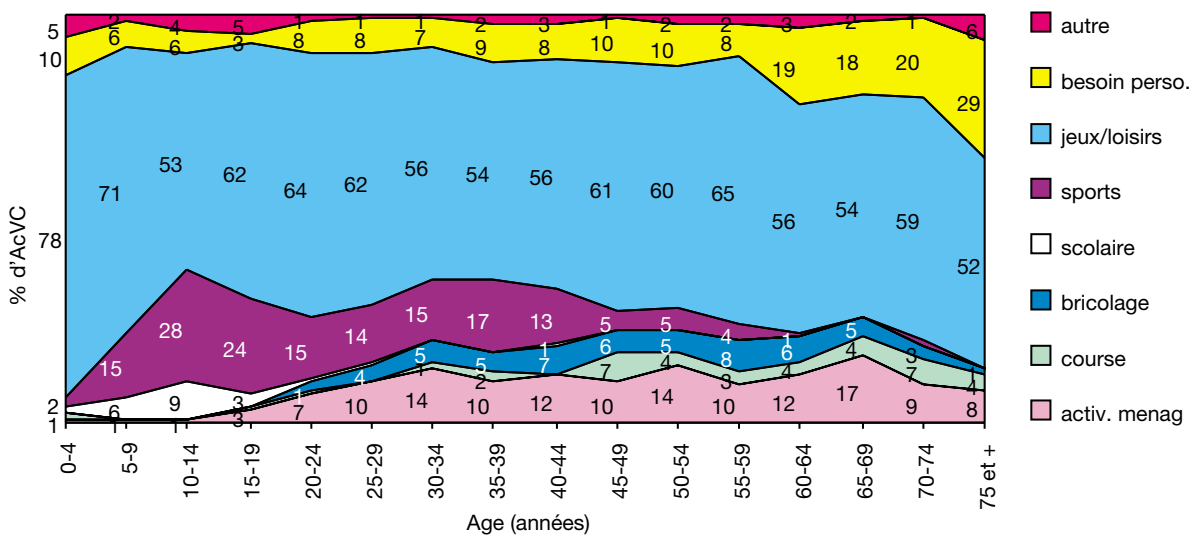


Figure 118. Répartition des AcVC par âge, selon l'activité, chez les femmes hospitalisées



Mécanisme de l'accident chez les hospitalisés :

Figure 119. Répartition des AcVC par âge, selon le mécanisme, chez les hommes hospitalisés

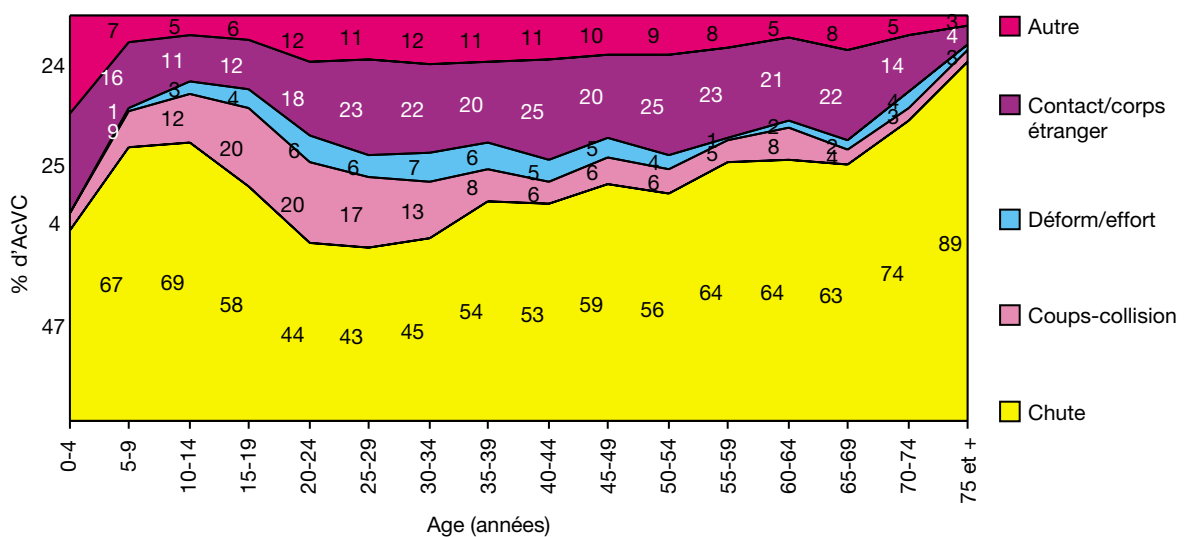
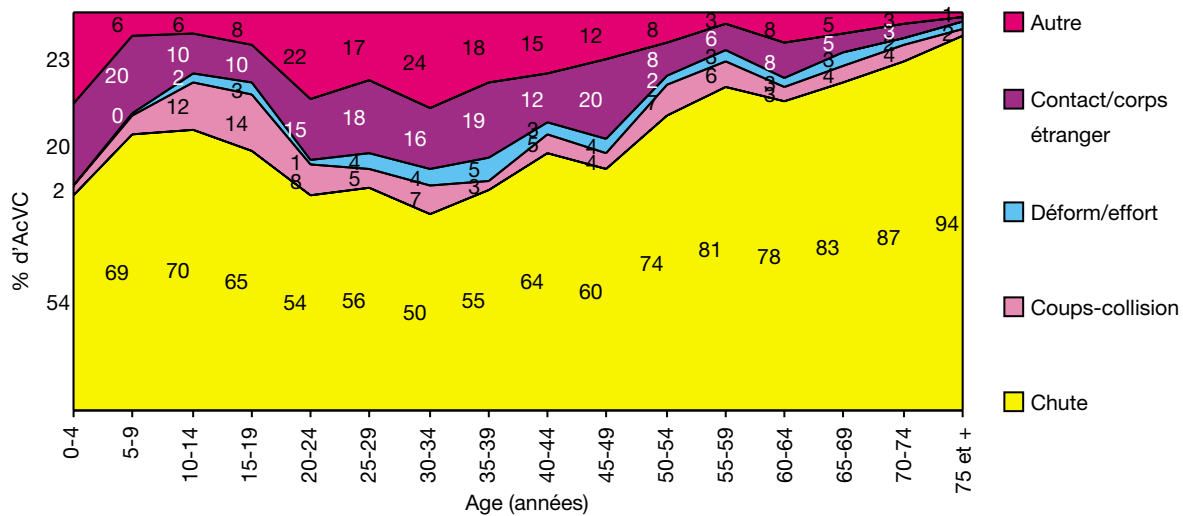


Figure 120. Répartition des AcVC par âge, selon le mécanisme, chez les femmes hospitalisées



Lésion résultant de l'accident chez les hospitalisés :

Figure 121. Répartition des AcVC par âge, selon la lésion, chez les hommes hospitalisés

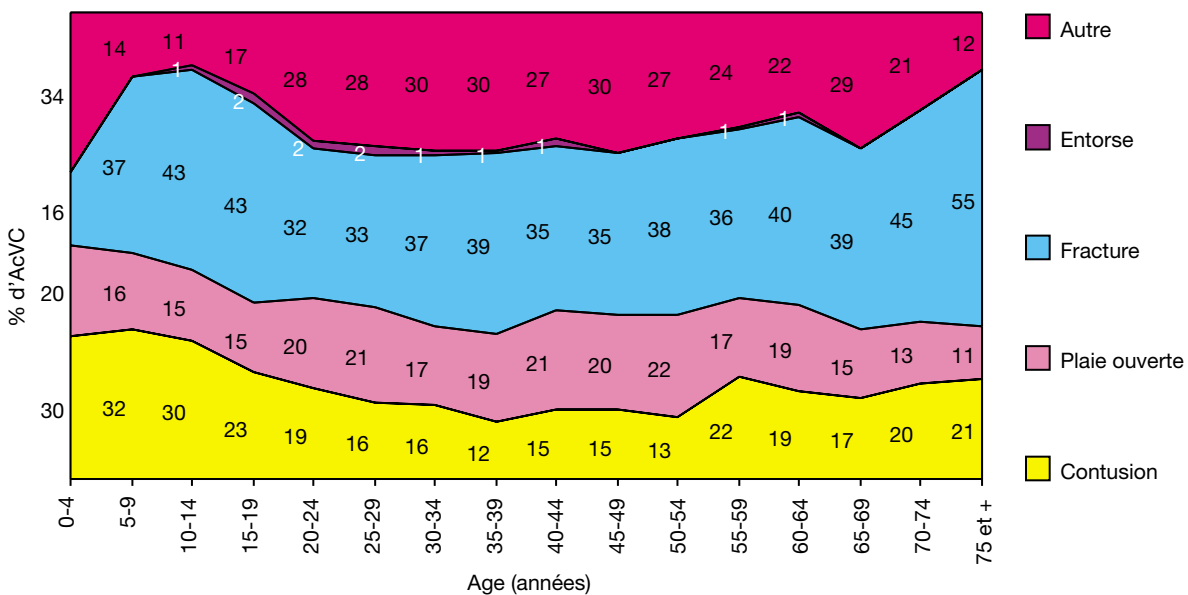
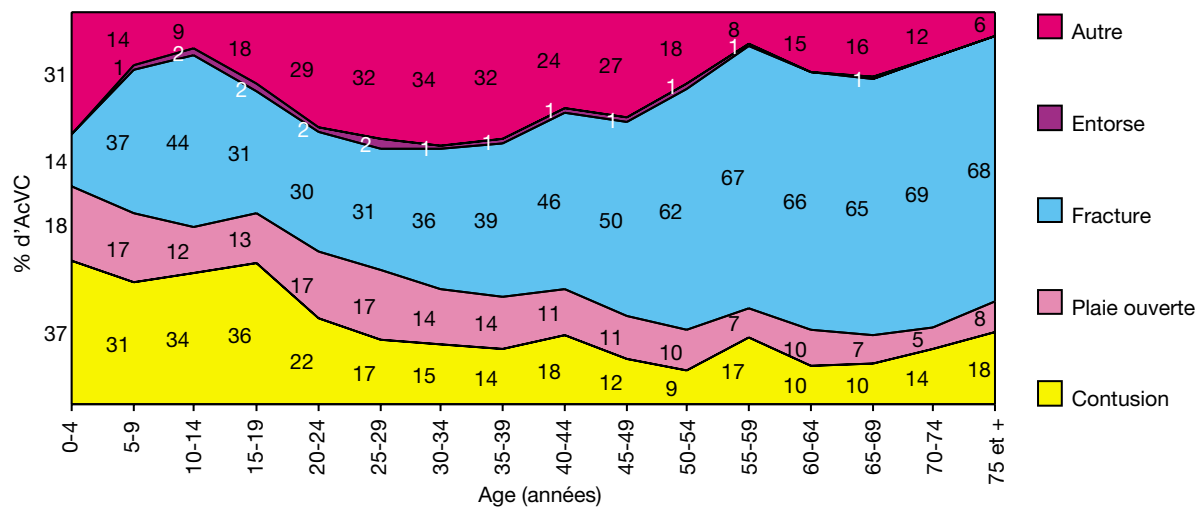


Figure 122. Répartition des AcVC par âge, selon la lésion, chez les femmes hospitalisées



Partie lésée lors de l'accident chez les hospitalisés :

Figure 123. Répartition des AcVC par âge, selon la partie lésée chez les hommes hospitalisés

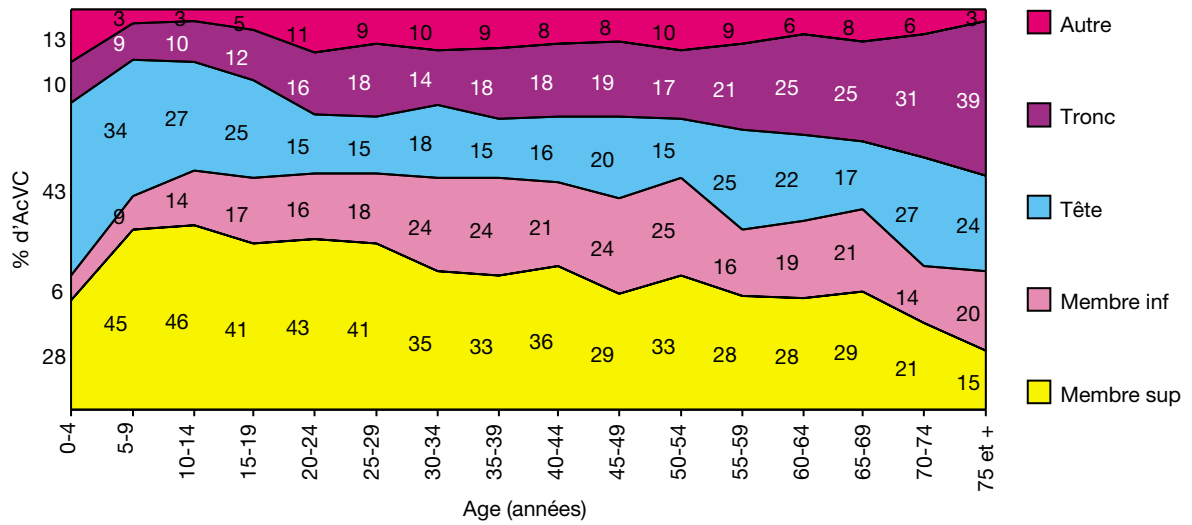
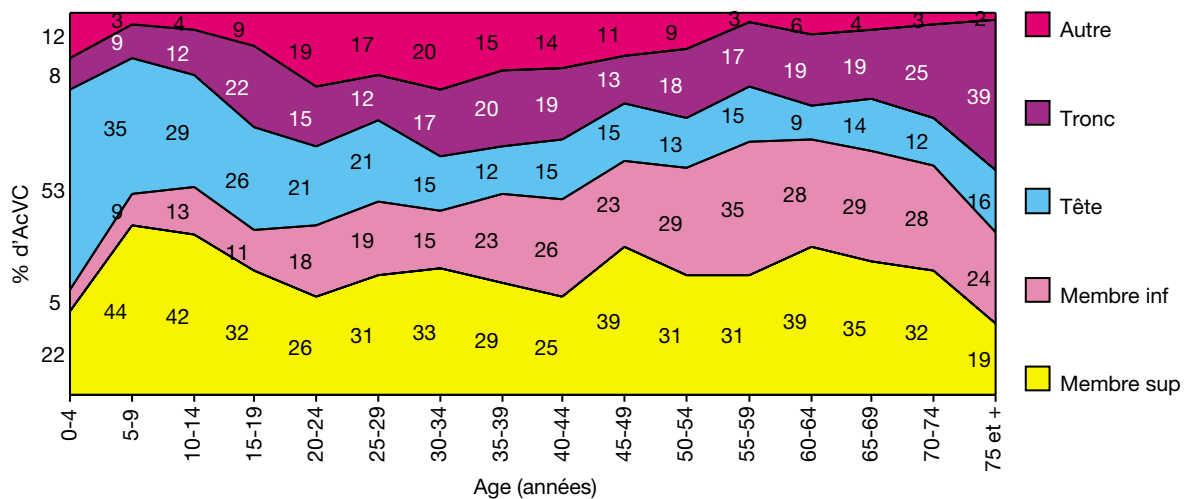


Figure 124. Répartition des AcVC par âge, selon la partie lésée chez les femmes hospitalisées



Chute chez les hospitalisés :

Figure 125. Répartition des AcVC ayant entraîné une chute, hospitalisés, selon le nombre de jours d'hospitalisation

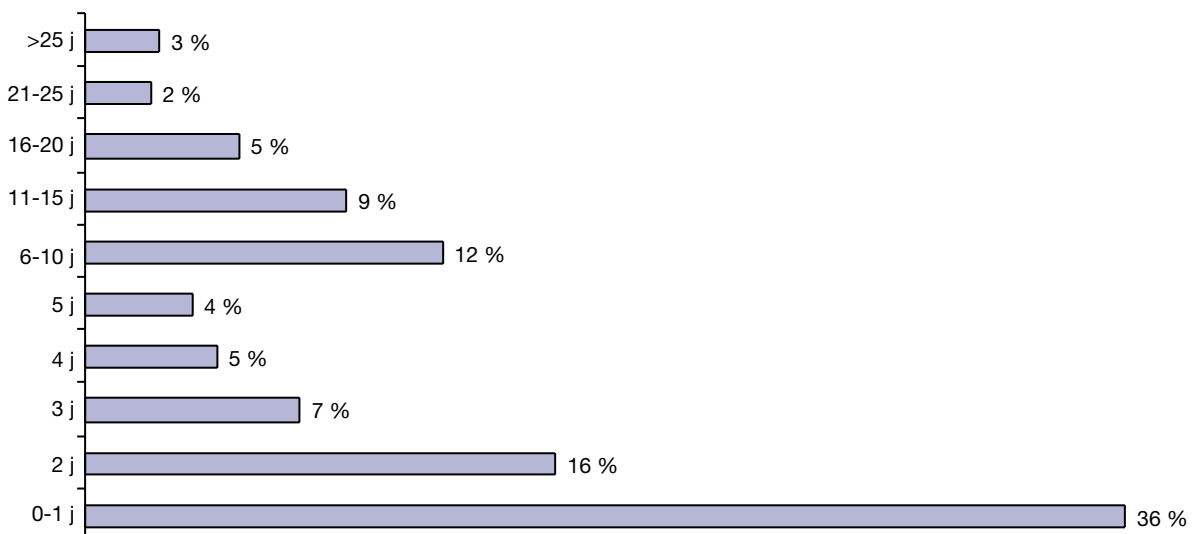
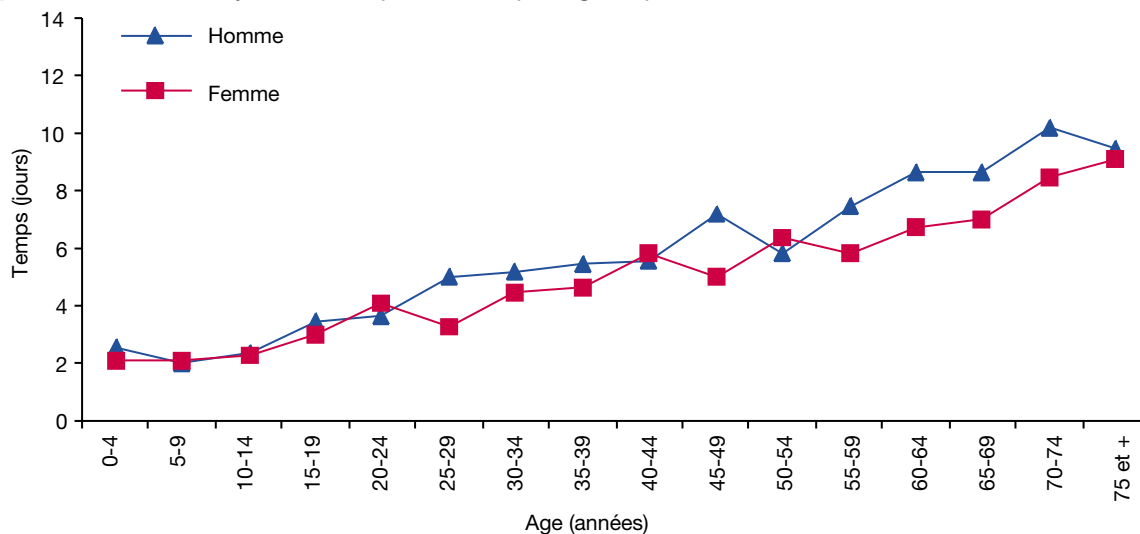


Figure 126. Durée moyenne d'hospitalisation par âge et par sexe lors d'une chute



Fracture chez les hospitalisés :

Figure 127. Répartition des AcVC ayant entraîné une fracture, hospitalisés, selon le nombre de jours d'hospitalisation

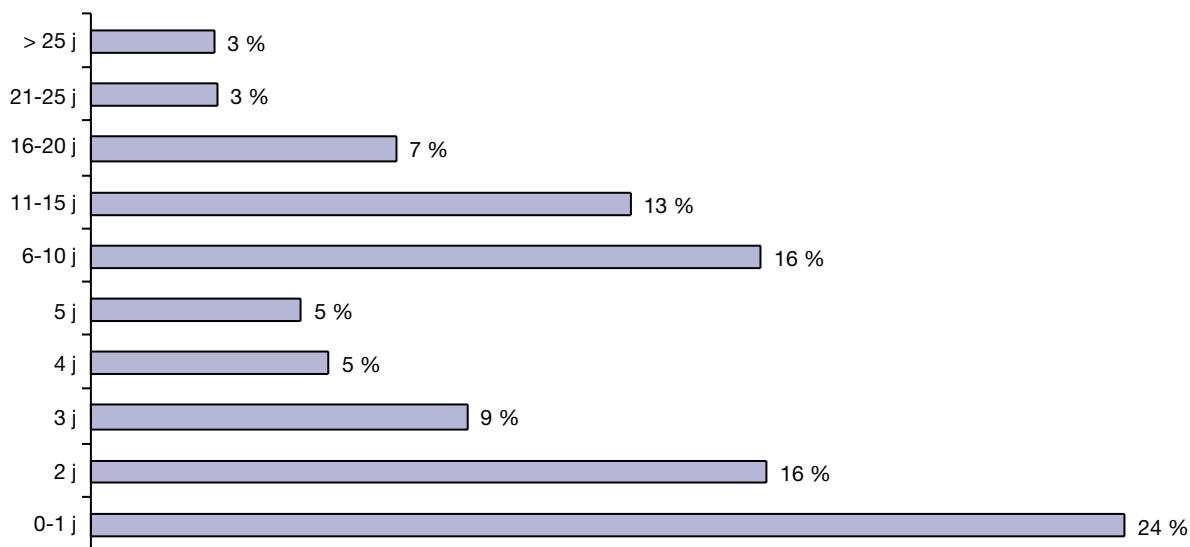
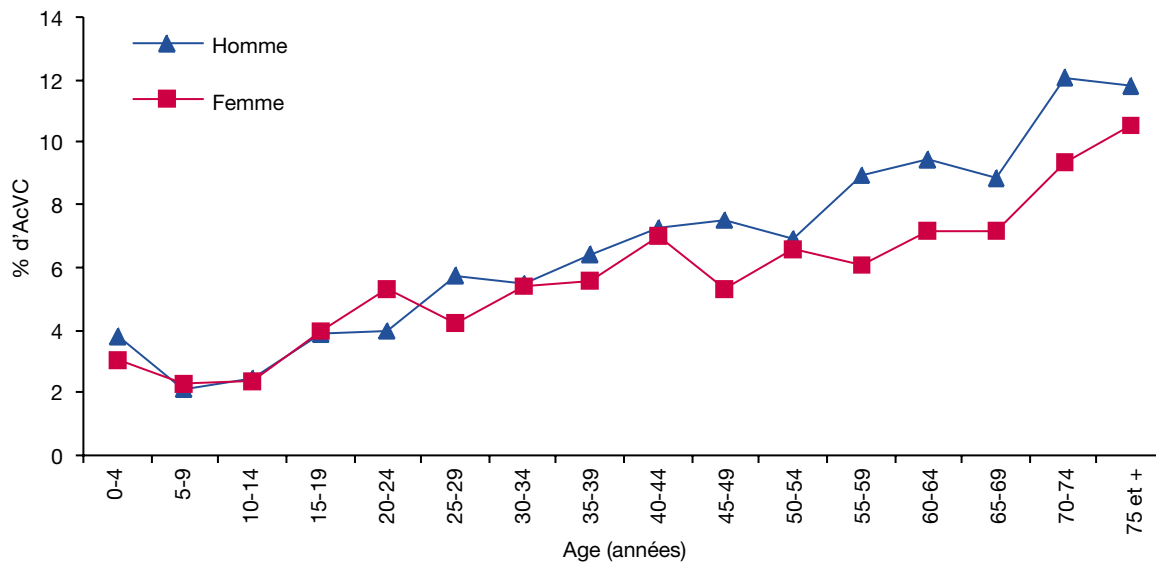


Figure 128. Durée moyenne d'hospitalisation par âge et par sexe lors d'une fracture



Atteinte du membre inférieur chez les hospitalisés :

Figure 129. Répartition des AcVC du membre inférieur hospitalisés selon le nombre de jours d'hospitalisation

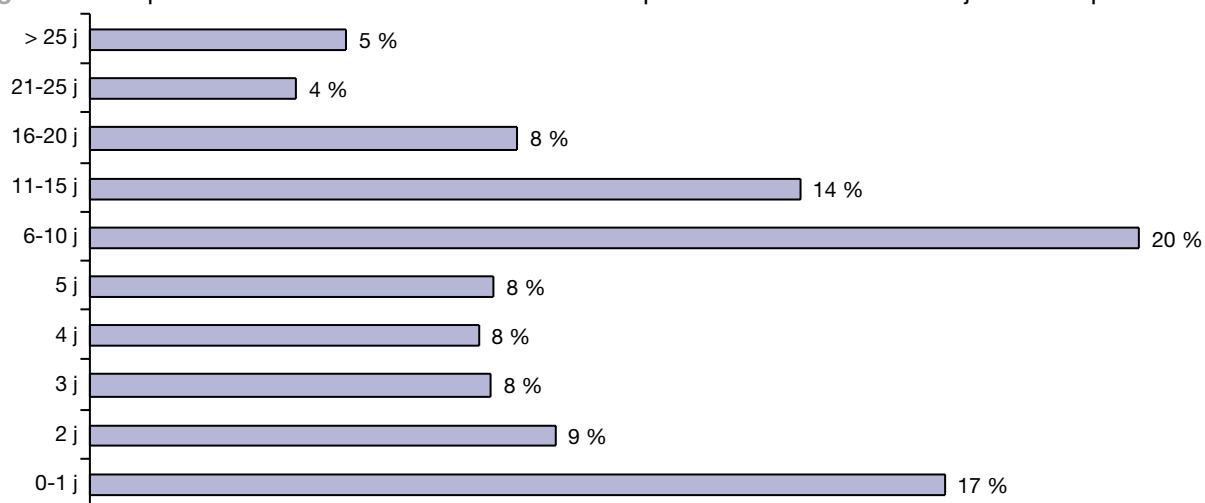
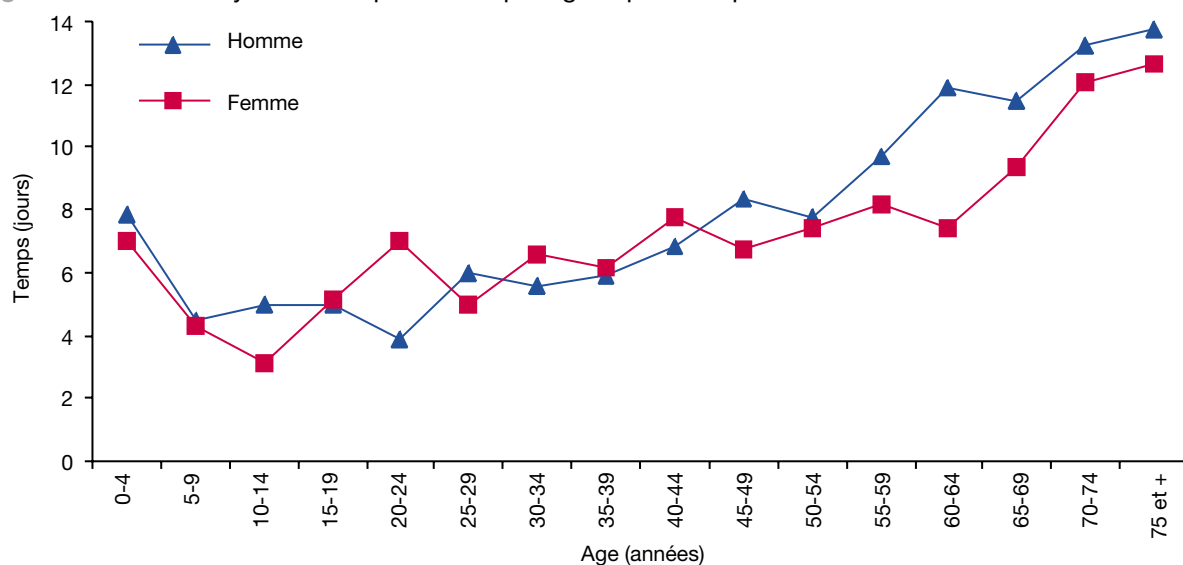


Figure 130. Durée moyenne d'hospitalisation par âge et par sexe pour AcVC du membre inférieur



Annexe 7

Répartitions par sexe et par âge selon les caractéristiques des accidents chez les enfants

Lieu de survenue

Figure 131. Répartition des AcVC par âge, selon le lieu, chez les garçons

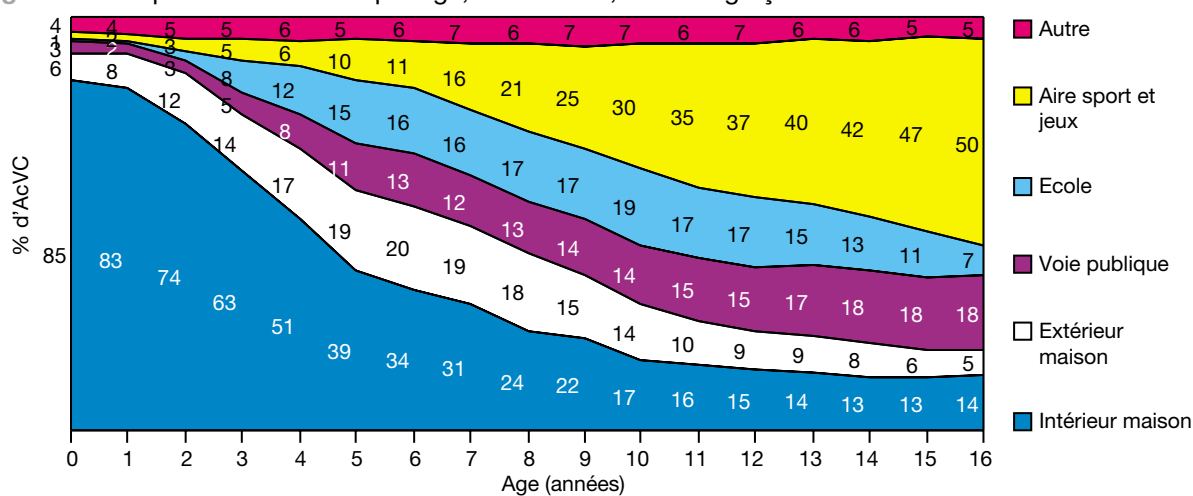
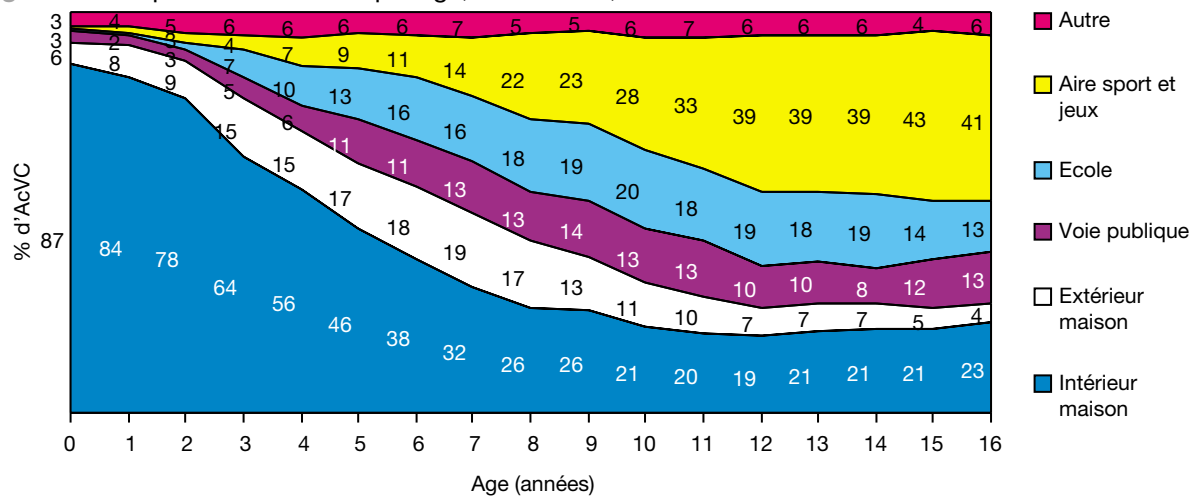


Figure 132. Répartition des AcVC par âge, selon le lieu, chez les filles



Activité au moment de l'accident

Figure 133. Répartition des AcVC par âge, selon l'activité, chez les garçons

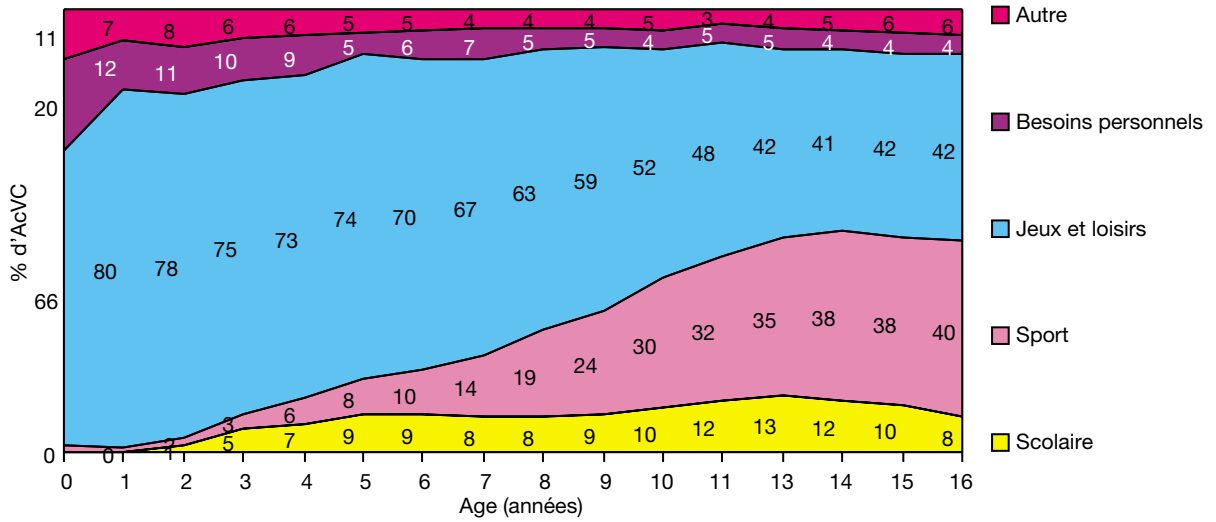
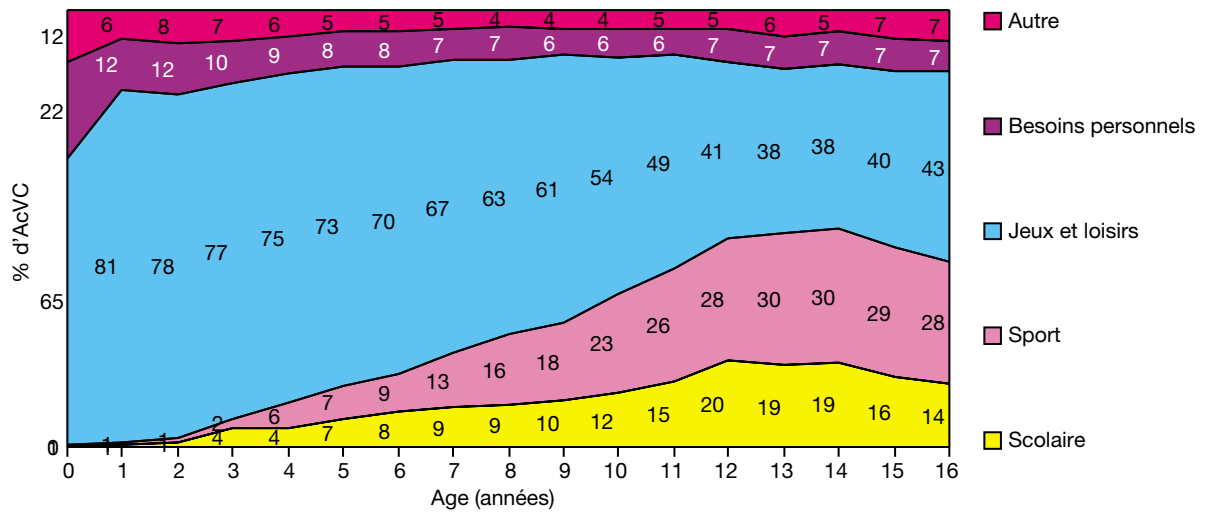


Figure 134. Répartition des AcVC par âge, selon l'activité, chez les filles



Mécanisme lors de l'accident

Figure 135. Répartition des AcVC par âge, selon le mécanisme, chez les garçons

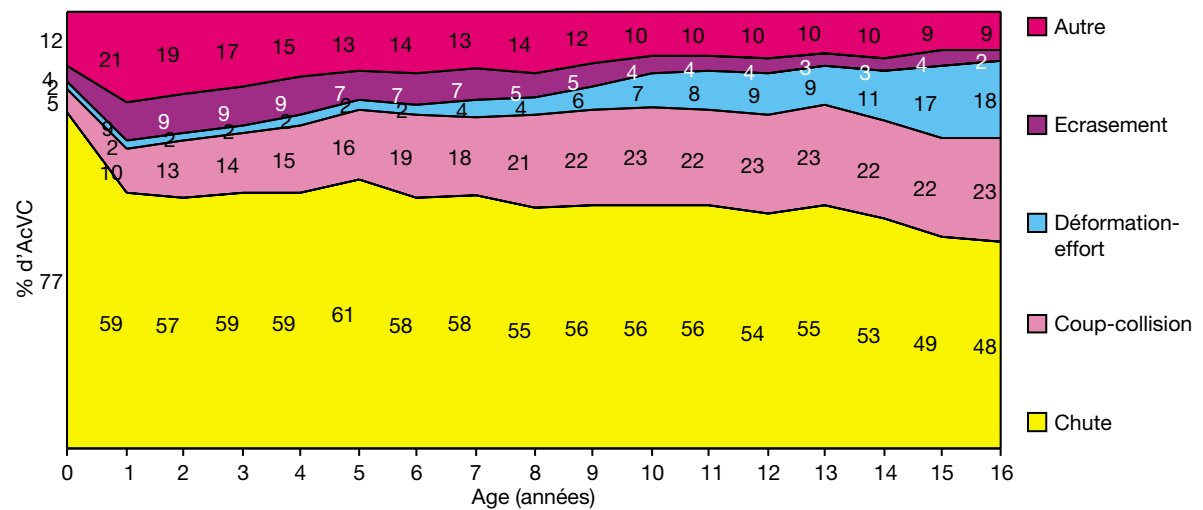
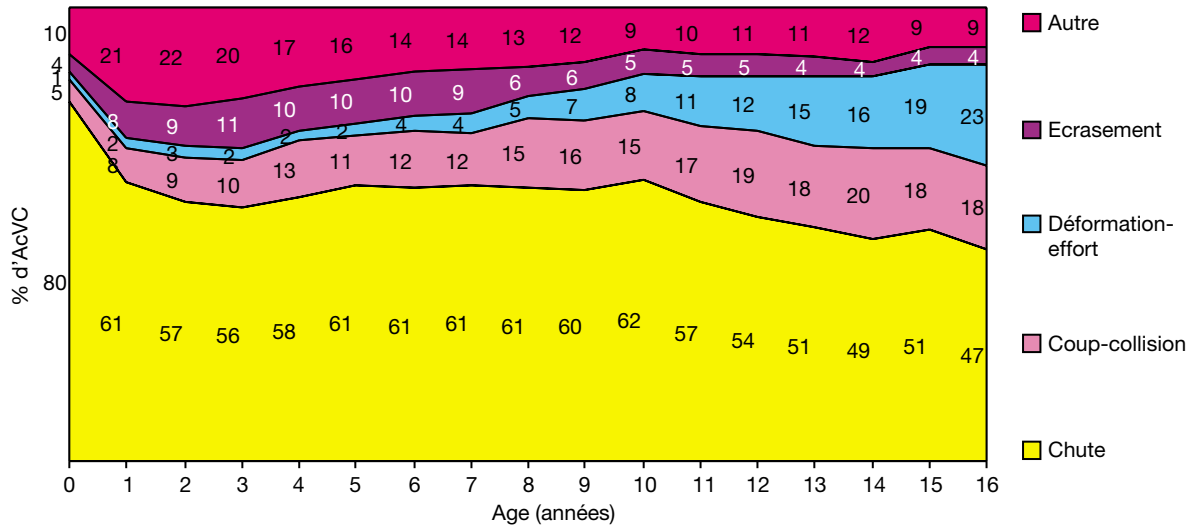


Figure 136. Répartition des AcVC par âge, selon le mécanisme, chez les filles



Lésion résultant de l'accident

Figure 137. Répartition des AcVC par âge, selon la lésion, chez les garçons

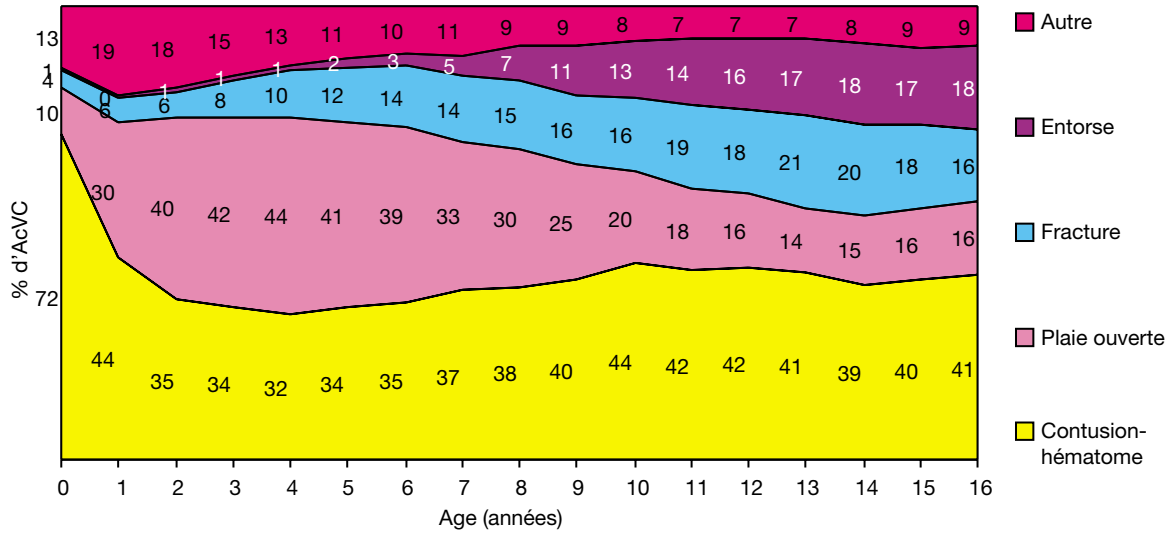
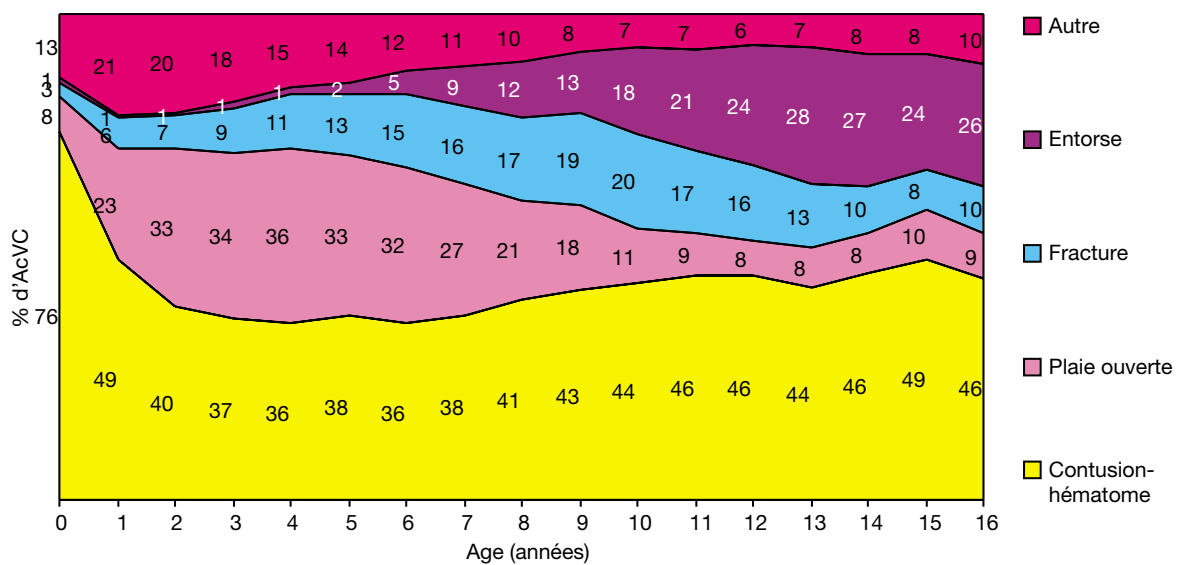


Figure 138. Répartition des AcVC par âge, selon la lésion, chez les filles



Partie lésée lors de l'accident

Figure 139. Répartition des AcVC par âge, selon la partie lésée, chez les garçons

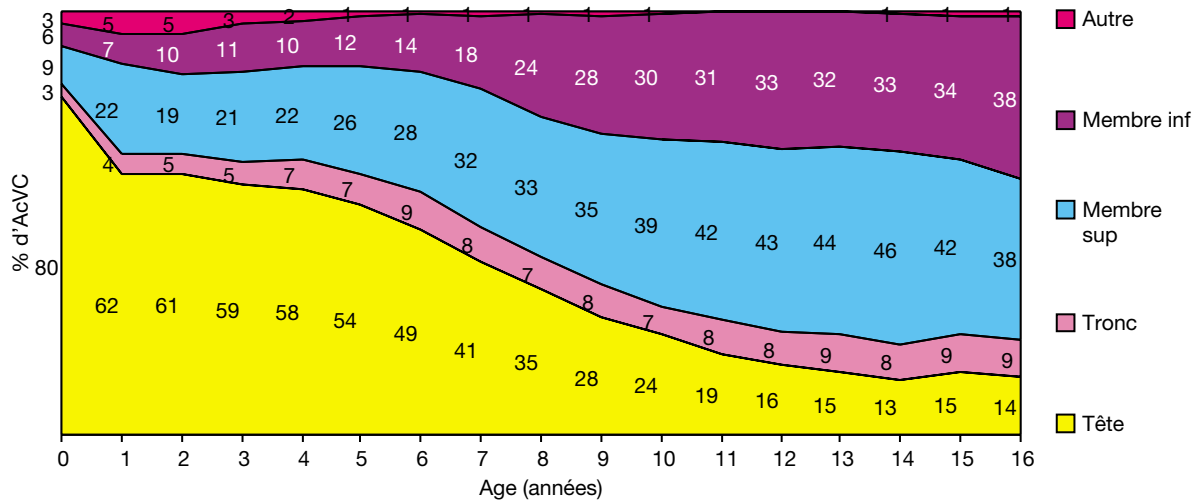
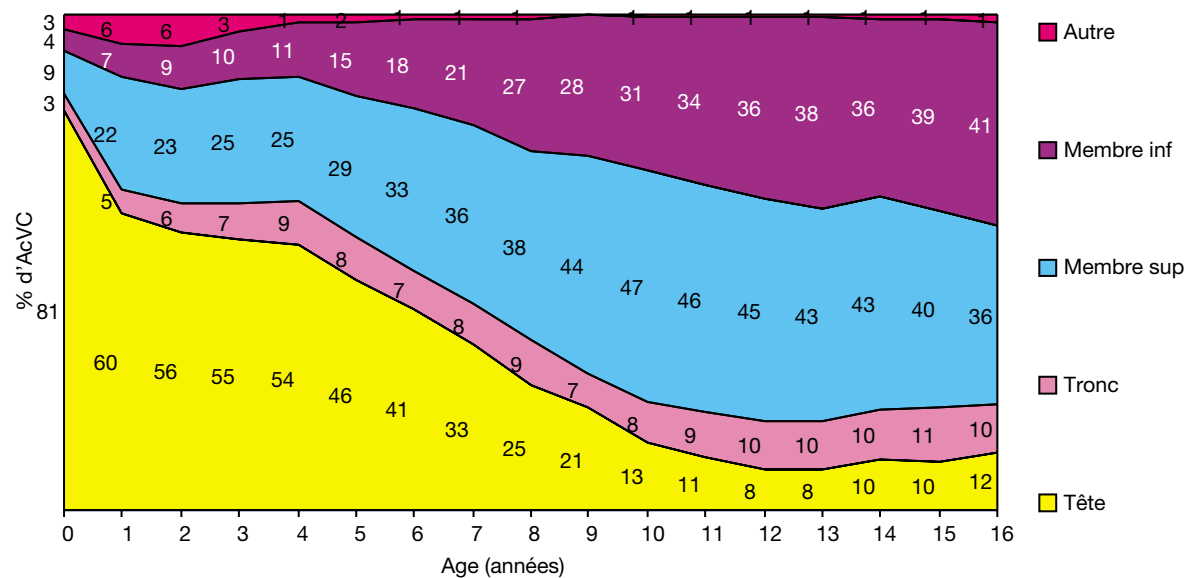


Figure 140. Répartition des AcVC par âge, selon la partie lésée, chez les filles



Modalités du traitement

Figure 141. Répartition des AcVC par âge, selon le traitement, chez les garçons

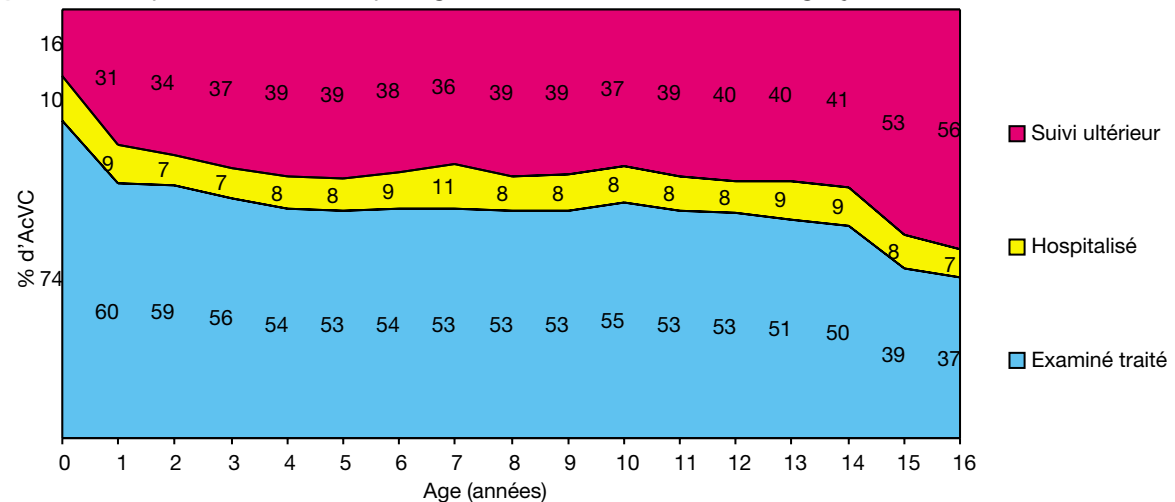
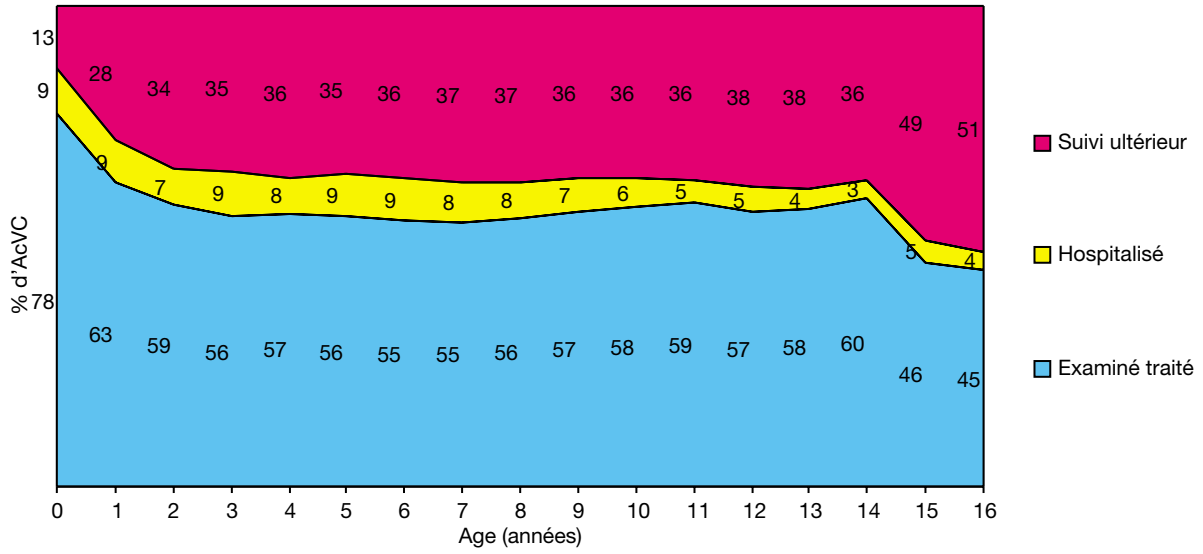


Figure 142. Répartition des AcVC par âge, selon le traitement, chez les filles





Bibliographie

1. Baker SP, O'Neill B, Ginsburg MJ, Guohua Li. *The injury fact book*, 2nd ed. New York, Oxford University Press, 1992.
2. Holder Y, Peden M, Krug E et al (Eds). *Injury surveillance guidelines*. Geneva, World Health Organization, 2001.
3. Système communautaire d'information sur les accidents domestiques et de loisirs (EHLASS), manuel de codage, version mise à jour. Commission européenne, 1996.
4. Causes de décès, CépiDc, Inserm. Site Internet <http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080/>
5. World Health Organisation, Atlas of mortality in Europe. Geneva, 1997.
6. 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, volume 12, n°3, 283-98.
7. Krug E. *Injury: A Leading Cause of the Global Burden of Disease*. Geneva, World Health Organization, 1999.
8. Tursz A, Crost M. *Sequelae following unintentional injuries to children: an exploratory study*. Injury Prevention 2000; 6: 209-13.
9. Barker M, Power C, Roberts I. *Injuries and the risk of disability in teenagers and young adults*. Arch Dis Child 1996; **75**: 156-8.
10. 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.
11. Mulder S. *Surveillance and priority-setting. Where to start in preventing home and leisure accident?*, Vrije Universiteit, Amsterdam, 2001.
12. Garry F. *Le coût des accidents de la vie courante à travers l'enquête CnamTS 1997*. Journées scientifiques de l'InVS, décembre 2001.
13. Lawrence BA, Miller TR, Jensen AF et al. *Estimating the cost of non-fatal consumer product injuries in the United States*. Injury Control & Safety Promotion 2000; 2: 97-113.
14. Meerding WJ, Birnie E, Mulder S, den Hertog PC, Toet H, van Beeck EF. *Cost of injuries in the Netherlands*. Consumer Safety Institute, Department of Public Health, Erasmus University, Amsterdam, 2000.
15. Bourdessol H, Janvrin M-P, Baudier F. *Accidents*. Baromètre santé 2000. Résultats; volume 2 : 359-87.
16. Thélot B. *La rareté des sources de données épidémiologiques sur les accidents de la vie courante*. 6^{ème} conférence mondiale Prévention et contrôle des traumatismes, Montréal, mai 2002.
17. 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.
18. *Rapport final de la Commission au Parlement européen, au Conseil et au Comité économique et social concernant le programme EHLASS*. Bruxelles, 1998.
19. Chambaud L, Medina S. *Evaluation du système de surveillance des accidents domestiques et de loisirs – Programme EHLASS France*. ENSP, Rennes, 1995.
20. Duval C, Salomon L. *Les accidents de la vie courante*. La Documentation française, Paris, 1997.
21. *La santé en chiffres – Les accidents de la vie courante*. CnamTS, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, COAC, CFES. Paris, 2000.
22. Thélot B. *Epidémiologie des accidents de sport et de loisirs chez les enfants et les adolescents*. La santé de l'homme, n°354, juillet-août 2001 : 21-23.

Notes

Notes

Notes