

Les accidents

Faits marquants

- Les accidents, en tant que traumatismes ou empoisonnements non intentionnels, comprennent les accidents du travail, les accidents de la vie courante et les accidents de la circulation. Seuls ces deux derniers seront développés dans ce document.
- Les accidents constituent un fléau de santé publique autant par leur poids sanitaire, social, économique, que par leur médiatisation et leur retentissement dans la vie quotidienne.
- Les accidents de la vie courante sont responsables de plus de 20 000 décès par an en France, les accidents de la circulation de près de 5 000 décès par an. Ils sont à l'origine de plusieurs millions de recours aux soins médicaux et occasionnent de nombreuses séquelles et handicaps.
- Dans la région Rhône-Alpes, on compte en moyenne chaque année 1 935 décès survenus par accidents de la vie courante et 647 décès par accidents de la circulation.
- Les traumatismes et les lésions engendrés sont nombreux et divers et ils dépendent généralement du type d'accident.
- Les accidents pourraient être évités par des mesures de prévention adaptées. La prévention passe par une bonne connaissance épidémiologique de leur survenue.

Contexte

La définition des accidents découle de celle des traumatismes*. Ils sont répartis en¹ :

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

Seuls les accidents de la vie courante (AcVC) et les accidents de la circulation routière (AC) seront ici évoqués.

Les AcVC, pourtant moins médiatisés que les AC, sont à l'origine d'une mortalité plus importante. En France, les AcVC sont responsables de plus de 20 000 décès par an (données 2003)² ; les AC causent près de 5 000 décès par an (données 2006 provisoires)³. Mais, au delà des décès, les accidents entraînent plusieurs millions de recours aux soins médicaux, de nombreuses séquelles et ils constituent une lourde charge pour la société. Ils apparaissent dans l'opinion publique dans les premiers rangs des risques perçus par les Français⁴.

Considérés en France comme des aspects socio-organisationnels de notre environnement et non comme des agents physiques, chimiques ou biologiques présents dans les milieux et susceptibles d'avoir un impact sur la santé humaine, les AcVC et les AC n'entrent pas dans le cadre des problématiques énoncées par le Plan national santé environnement (PNSE) mis en place en juin 2004.

En revanche, la loi de Santé publique du 9 août 2004 stipule que des plans stratégiques en regard des accidents doivent être mis en place à l'horizon 2004-2008. Parmi les 100 objectifs de santé énoncés dans la loi, les objectifs 93, 94 et 99 visent respectivement à « réduire de 50 % la mortalité par AcVC des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008 », « réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par AC d'ici à 2008 » et « réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008 »⁵.

Les accidents de la vie courante

Les AcVC sont très nombreux. Leur diversité révèle la multiplicité des risques qui environnent chaque individu, tout au long de sa vie. Ils peuvent survenir à la maison, à l'école, dans les activités ménagères, lors d'activité de bricolage, mais aussi à l'extérieur de la maison. Généralement répartis selon le lieu ou l'activité, on les différencie en¹:

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

Ces catégories peuvent cependant se recouper (un accident de sport peut être un accident scolaire ou de loisir ; un accident de bicyclette peut être un accident de loisir ou un AC).

Les AcVC sont difficiles à chiffrer. Leur dénombrement dépend de la gravité, laquelle détermine elle-même le type de recours aux soins ou le mode de prise en charge de l'accidenté. D'après les estimations réalisées par deux enquêtes en France, ce sont environ 11 millions d'AcVC avec recours aux soins qui se produisent chaque année (soit un taux d'incidence annuel de 23 accidents pour 100 personnes), dont 4,5 millions avec recours aux urgences^{6,7}. En 2002, en France, on comptait 48 % d'accidents domestiques, 19 % d'accidents de sport, 17 % d'accidents de loisirs, 9 % d'autres types d'accidents et 8 % d'accidents scolaires⁸. Les données du Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc) montrent que les principales circonstances de décès sont les chutes, les suffocations, les intoxications, les noyades et les expositions au feu².

L'exemple des accidents de sport

Ces dernières années, les prises de risque seraient devenues de plus en plus prégnantes dans la pratique de nombreux sports (roller, skate, ski, équitation, alpinisme, *etc.*) et les accidents de sport sont en augmentation. S'il est illusoire d'aborder l'ensemble des accidents de

sport ici, les accidents de sport relatifs à la montagne apparaissent intéressants à préciser du fait de l'importance des zones montagneuses en Rhône-Alpes. Les sports de glisse sont ainsi particulièrement concernés. Concernant les sports d'hiver, en France, sur l'hiver 2005-2006, sur les 8,8 millions de pratiquants, 150 000 blessés ont été pris en charge par les médecins de montagne (dont un tiers amenés par les services de piste)⁹. D'après les statistiques du Système national d'observation de la sécurité en montagne (SNOSM), 7 personnes sont décédées sur pistes (une par avalanche) et 31 en dehors des pistes⁹. Les résultats intermédiaires au 15 mars 2007 montrent que le snowboard est le sport d'hiver le plus pourvoyeur d'accident (23 % des blessés) devant le ski et le miniski (3 % des blessés)¹⁰. Depuis 1992, le risque d'avoir un accident sur piste est stable : moins de 3 accidents pour 1 000 journées de pratique.

Les accidents de la circulation

Selon l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), un accident corporel de la circulation routière est défini comme tout accident survenant sur une voie ouverte à la circulation publique, impliquant au moins un véhicule et provoquant au moins une victime. En 2006, l'ONISR dénombrait 81 264 accidents corporels de la circulation en France métropolitaine (chiffres provisoires), avec 4 703 personnes tuées et 102 291 blessés (dont 41 298 blessés hospitalisés)³. De nets progrès ont cependant été constatés ces dernières années. Par rapport à 2005, les chiffres de 2006 montrent une baisse de 3,9 % du nombre d'accidents corporels, de 11,6 % du nombre de personnes tuées et de 5,4 % du nombre total de blessés (avec une hausse de 3,7 % pour le nombre de blessés hospitalisés). Ces résultats sont assez exceptionnels puisque c'est la cinquième année consécutive qu'est observée une diminution du nombre de personnes tuées sur la route. L'année 2006 est marquée par la baisse la plus importante observée sur les vingt dernières années après celle observée en 2003 (-21 %). Ces statistiques sont obtenues à partir des Bulletins d'analyse des accidents corporels de la circulation* (BAAC) établis par les Forces de l'ordre.

Dans la région Rhône-Alpes, un registre* des victimes d'accidents de la circulation existe depuis 1995. L'inclusion concerne toute

personne, victime d'un accident corporel de la circulation survenant sur voies publiques ou privées, quel que soit le type de véhicule, dans le département du Rhône. Plus de 10 000 victimes étaient ainsi incluses chaque année dans le registre jusqu'en 2002. Depuis 2002, les effectifs se sont stabilisés autour de 8 500 victimes. Mis en place par l'Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité (Inrets), ce registre est développé aujourd'hui par l'Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transports, travail, environnement (Umrestte) en étroite collaboration avec le corps sanitaire regroupé au sein de l'Association pour le Registre des victimes d'accidents de la circulation (Arvac) et en collaboration avec les Services départementaux incendie secours (SDIS). L'Arvac anime un réseau médical de 96 services de soins de première ligne, 160 services

de suite et 11 centres de convalescence. Ce registre départemental constitue à ce jour le seul outil de surveillance épidémiologique en matière de traumatologie routière. Les résultats généraux qui en sont issus montrent que la grande majorité des tués est de sexe masculin (71 %). Le risque masculin est davantage un risque deux-roues (30 % des morts) alors que le risque féminin est un risque voiture (surtout passagères) et piéton (une femme sur 3). Le pic d'incidence, toutes gravités confondues, se situe entre 15 et 17 chez les hommes, entre 18 et 25 ans chez les femmes.

Une comparaison des données issues des statistiques officielles (BAAC) et des données du registre montre un sous-enregistrement des victimes par les Forces de l'ordre, notamment pour les victimes les moins graves, les victimes d'un accident sans tiers et les cyclistes^{11,12}.

Exposition et effets sur la santé

Les circonstances d'exposition aux accidents sont nombreuses et variées. Pour exemples, les noyades, accidents de bricolage, chutes en parapente, explosions d'autocoureur, accidents de cheval ou de rugby, brûlures, défenestrations, chutes en roller, accidents de la circulation, *etc.* ont peu de points communs. Chaque exposition prise individuellement provoque peu d'accidents. Le risque individuel est faible, le risque collectif est grand. De plus, les accidents sont connotés d'un caractère «inévitable», derrière lequel est réfugiée l'acceptation d'une sorte de fatalité qui les rend difficiles à appréhender dans leur globalité¹³. La variabilité des circonstances d'exposition a donc pour corollaire une grande variabilité des traumatismes et des lésions engendrés. L'impact sanitaire est généralement lié au type d'accident et les lésions sont aujourd'hui assez bien décrites^{7,8,14,15,16}.

Les accidents de la vie courante

L'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) qui recueille des données exhaustives pour tout malade accidenté se présentant aux urgences d'une dizaine d'hôpitaux français, indique qu'une très grande majorité des AcVC se traduit par la survenue d'une seule lésion (une seconde lésion n'étant enregistrée que dans 9 % des cas)⁶. Parmi les lésions principales, les contusions sont

majoritaires (38 %), suivies par les plaies (23 %), les fractures (16 %), d'autres types de lésions (abrasion, luxation, brûlure, amputation, intoxication, *etc.*, 13 %) et les entorses (10 %). Il n'y a généralement pas de différence entre les hommes et les femmes concernant la répartition des lésions. La sur-représentation masculine est par contre observée quelle que soit la lésion. Elle est très marquée pour les plaies (66 % des AcVC concernent des hommes, sex-ratio 2) et beaucoup moins importante pour les fractures (54 % pour les hommes, sex-ratio 1,2).

Pour les accidents de sport⁹, le Système national d'observation de la sécurité en montagne (SNOSM) a établi une répartition des lésions sur l'hiver 2005-2006, répartition qui reste sensiblement la même depuis 1992. Les entorses et les fractures représentent plus de 60 % des lésions des sports d'hiver. Suivent les contusions (16 %), les lésions et plaies musculotendineuses (respectivement 7 %), les luxations et autres traumatismes (respectivement 4 %) et les traumatismes crâniens (2 %).

Les accidents de la circulation

Les données du registre du Rhône permettent une connaissance fine des lésions. Les hommes présentent le plus souvent des blessures graves situées à la tête, au thorax et à l'abdomen. Les

blessures les plus handicapantes touchent 7 personnes sur 1 000 (traumatismes crâniens graves, blessure de la moelle, amputations, *etc.*). Différents niveaux de gravité sont observés. Les lésions mineures les plus fréquentes sont l'étirement cervical, les contusions, les hématomes et les plaies superficielles ; les lésions modérées sont la perte de connaissance, les fractures simples (clavicule, carpe, péroné, sternum, doigts, radius) ; les lésions sérieuses sont les fractures complexes, déplacées ou ouvertes, les hémorragies méningées, les contusions pulmonaires ; les lésions sévères et critiques sont les hémorragies cérébrales, les hématomes, les oedèmes intracrâniens, et les fractures costales multiples ; enfin, les lésions mortelles d'emblée sont principalement la destruction massive du crâne et du cerveau, l'écrasement bilatéral du thorax et la carbonisation¹⁶. De plus, il a été montré que le moyen de transport utilisé influence grandement les zones touchées : atteintes du cou pour les occupants de voitures, atteintes des membres supérieurs pour les cyclistes et les rollers, atteintes des membres inférieurs pour les piétons et les deux-roues.

Mais il est important de souligner qu'au delà des conséquences corporelles directes et en dehors de la mort, ce sont aussi de très lourdes conséquences, physiques, psychologiques, familiales, professionnelles, *etc.* qui prennent place dans la vie de chaque victime d'accident et de ses proches. Il est estimé qu'un blessé sur trois est susceptible de garder des séquelles invalidantes au moins légères, un an après l'accident. Les blessures les plus handicapantes chez les survivants touchent 1,0 victime sur 100 (traumatismes crâniens graves, blessures de la moelle, amputations, *etc.*) tandis que 1,2 % des victimes décèdent. La part du handicap et des séquelles consécutives aux accidents reste aujourd'hui encore mal connue, les publications sur le sujet étant très récentes¹⁵. Pour pallier ces lacunes, en Rhône-Alpes, une étude de cohorte visant à suivre une population d'accidentés de la route dans le Rhône (ESPARR) a été mise en place en 2004. L'inclusion des victimes d'accidents a eu lieu pendant un an. Le suivi des conséquences est prévu à 6 mois puis à un, trois et cinq ans.

Aspects réglementaires

Accidents de la vie courante

- La loi du 21 juillet 1983, inscrite dans Le code de la consommation, constitue le support de base des actions en matière de sécurité. Ce texte a établi l'obligation générale de sécurité des produits et des services (art.L221-1), qui incombe en premier lieu aux professionnels. Il permet :
 - par arrêté (art. L 221-5 du code de la consommation), de retirer d'urgence, d'interdire et de suspendre du marché des produits dangereux et l'exercice d'une prestation de service dangereuse.
 - par décret (art. L 221-3 du code de la consommation), de réglementer de façon permanente les produits ou les services.

En aval de la réglementation, la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) vérifie que les produits mis sur le marché ne présentent pas de risque pour la santé ou la sécurité des consommateurs. De nombreuses enquêtes sont régulièrement menées aux divers stades de la production, de la fabrication, de

l'importation et de la distribution dans des secteurs les plus divers. La Commission de la sécurité des consommateurs (CSC) est aussi créée dans ce cadre. Ces principes ont largement inspiré la Directive européenne sur la sécurité générale des produits adoptée en 1992 et applicable depuis le 29 juin 1994.

- La loi n°2003-9 du 3 janvier 2003 relative à la sécurité des piscines prévoit qu'à compter du 1er janvier 2004, toute nouvelle piscine enterrée, non close, privative, à usage individuel ou collectif, doit être pourvue d'un dispositif de sécurité normalisé visant à prévenir le risque de noyade. Les propriétaires de telles piscines installées avant le 1er janvier 2004 doivent avoir équipé au 1er janvier 2006 leur piscine de dispositif de sécurité normalisé, sous réserve qu'existe à cette date un tel dispositif adaptable à leur équipement.

Accidents de la circulation

La principale réglementation repose sur le code de la route, consolidé de nombreux textes

récents. En matière de textes d'orientation en santé publique, on peut citer :

- Le décret n° 2004-1138 du 25 octobre 2004 relatif à la conduite sous l'emprise d'un état alcoolique et modifiant le code de la route.
- L'arrêté du 3 mai 2004 établissant la liste des

autorités ou organismes chargés de réaliser des recherches ou enquêtes scientifiques ou techniques ou de faciliter l'indemnisation des victimes ou la prise en charge de la réparation de leur préjudice.

- La loi n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence stupéfiants.

Gestion des risques

La perception de l'importance des accidents en termes de santé publique est rendue floue et complexe du fait de la diversité des causes et des circonstances de leur survenue. La prévention est donc difficile à mettre en place, l'éventail des ressources mobilisées pouvant être très large, et ce, quels que soient les types d'accidents considérés. Actuellement, la prévention repose essentiellement sur des mesures législatives et répressives et des actions d'information et d'éducation du public. De nombreuses mesures réglementaires salutaires ont déjà fait leur preuve : l'obligation d'entourer de barrières les piscines pour prévenir les noyades de très jeunes enfants, l'aménagement de l'habitat pour éviter les chutes des personnes âgées, l'obligation de détecteurs d'incendie dans les lieux recevant du public, l'obligation du port du casque dans la pratique de certains sports, celui de la ceinture de sécurité, *etc.* On peut supposer que beaucoup d'accidents corporels ont ainsi été évités en agissant directement sur les comportements. Mais ce type de prévention connaît des limites. Et dans le domaine de l'accidentologie, on peut évoquer des réflexes particuliers de refus individuels ou collectifs par rapport à des recommandations de protection ou de prévention, vécues comme limitant la liberté individuelle ou le plaisir de certaines activités, sportives notamment, qui rendent inefficaces les consignes de prévention.

Les accidents de la vie courante

Leur connaissance épidémiologique repose principalement sur les travaux de l'Institut de veille sanitaire qui fournit les statistiques essentielles disponibles permettant de guider la mise en place des stratégies de prévention, de formation et de réglementation nécessaires. La diversité des accidents est ainsi appréhendée selon le lieu, les circonstances, les produits en cause, les personnes accidentées, *etc.* à partir notamment d'enquêtes permanentes (EPAC) réalisées dans différents hôpitaux français. De

nombreux résultats sont ainsi consultables sur le site de l'InVS, par exemple, sur les accidents de bricolage et de jardinage, les accidents de briquet, les traumatismes particuliers touchant les enfants (lésions de doigts, morsure, électrocution, accidents de trotteur, de youpapas, de poussette, accidents avec des jouets, chutes de lit, *etc.*), les incendies domestiques, les brûlés et victimes d'incendies, les accidents de sports (ski, surf, luge, vélo, roller, trottinette).

En matière de prévention, la Commission de la sécurité des consommateurs (CSC) a pour mission de fournir des avis relatifs à des produits ou des services dangereux, d'informer les consommateurs et de mettre en place des campagnes de sensibilisation du public face à certains risques. Par ailleurs, depuis 1983, des campagnes nationales de prévention sont mises en place par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé initialement Comité français d'éducation pour la santé—CFES— jusqu'en 2002) avec mise à disposition de nombreux documents de prévention. Parmi ses multiples actions de prévention, l'INPES, récemment (30 octobre 2006) associé à d'autres partenaires (Ministère de la santé et des solidarités, l'assurance maladie, assureurs) a lancé un dispositif national de prévention des accidents domestiques des enfants de 0 à 6 ans. Une brochure, trois spots télévisés et deux affichettes illustraient les risques et les gestes simples pour les éviter.

Enfin, au delà de la prévention, concernant le pouvoir réglementaire qui peut aller jusqu'au retrait des produits dangereux, il est confié à la DGCCRF.

Les accidents de la circulation routière

Leur connaissance épidémiologique repose essentiellement sur les statistiques des nombres de tués et de blessés comptabilisés par les Forces de l'ordre sur le lieu même de l'accident et centralisés par l'Observatoire national

interministériel de sécurité routière (ONISR). Sur la base de ces statistiques et des enseignements tirés des enquêtes REAGIR (Réagir par des enquêtes sur les accidents graves et par des initiatives pour y remédier), des mesures préventives sont mises en place. On peut citer notamment des Plans départementaux d'actions de sécurité routière (PDASR) qui définissent, sous l'autorité du Préfet, la politique de sécurité routière dans chaque département. La formation (dès l'école primaire) et la communication sont également largement utilisées. Des campagnes régulières de sécurité routière, lors des grands départs en vacances ou en week-ends, tendent à utiliser des messages « chocs » ciblant la sphère émotionnelle et évoquant les conséquences graves ou irréversibles pouvant résulter d'un accident. Ces dernières années, des déclarations gouvernementales et des plans de lutte contre la violence routière se sont ainsi multipliés, soulignant le rôle de l'État dans la sécurité routière mais insistant surtout sur l'indispensable responsabilisation de tous les citoyens. Les approches préventives passent cependant peu par le monde de la santé. Ces dernières années, l'accent a été plutôt porté sur des approches comportementales ou psychosociales au détriment des déterminants de santé. En effet, parallèlement à une meilleure sécurité des infrastructures et des véhicules, des mesures législatives accompagnées de contrôles et de sanctions ont été mises en place (les principales étant le port obligatoire de la ceinture, la limitation des vitesses et plus récemment la multiplication des radars et la mise en place du système de contrôle sanction automatisé) de sécurité). En 2001, on comptait

plus de 1,2 million d'infractions liées à la vitesse, ce chiffre étant de 1,7 million en 2005 en raison du développement du contrôle-sanction automatisé (1 000 radars fin 2005) et plus de 536 000 infractions liées au défaut de port de la ceinture en 2005. Si les mesures traditionnelles de prévention et de contrôle-sanction ont fait la preuve de leur impact par le passé, il semble aujourd'hui que le corps sanitaire s'implique enfin. Notons que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se préoccupe des traumatismes routiers leur donnant pour la première fois en 2007 une importance historique à travers l'organisation d'une semaine mondiale des Nations Unies pour la sécurité routière (du 23 au 29 avril 2007). La gestion des risques liés aux accidents de la route passe donc par une bonne compréhension épidémiologique de leur survenue. A cet égard, dans la région, le département du Rhône peut se féliciter de l'existence de son registre qui répond complètement à cet enjeu.

Ainsi, dans le domaine de l'accidentologie, qu'il s'agisse des AcVC ou des AC, il apparaît clairement aujourd'hui que le renforcement des programmes de surveillance épidémiologique est indispensable pour améliorer les analyses relatives aux facteurs de risques d'accidents et à l'évaluation des actions de prévention

De surcroît, les actions d'information doivent impérativement être relayées par les professionnels de santé pour que la prise de conscience du public soit déterminante. Les accidents doivent être mieux perçus afin qu'apparaisse de plus en plus inadmissible à tout un chacun de décéder ou de garder des séquelles d'un accident évitable¹.

Indicateurs & annexes

Les accidents de la vie courante (AcVC)

1. Les décès par AcVC en Rhône-Alpes

Éléments de méthodologie : Les AcVC sont définis comme des traumatismes ou empoisonnements non intentionnels qui ne sont ni des accidents de la circulation, ni des accidents du travail. Les statistiques des causes médicales de décès en France sont établies annuellement et de façon exhaustive par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm sur la base des certificats de décès. Jusqu'en 1999, les causes médicales de décès ont été codées selon la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9). Celle-ci a été remplacée à partir de 2000, par la dixième révision (CIM-10) et le codage a alors été automatisé. L'utilisation de la CIM10 n'est pas toujours adaptée à la bonne description des AcVC de par notamment la difficulté à différencier les accidents du travail, domestiques et de transport, voire à la manière de coder qui peut produire des imprécisions (conventions de codage inconnues ou non appliquées)¹⁷. Dans l'ensemble des tableaux présentés ci-après, les causes initiales de décès prises en compte dans le cadre de la CIM10 sont : Les accidents de transport V90-94, V96, V98, V99 ; Les chutes accidentelles W00-W19 ; Les suffocations et autres accidents affectant la respiration W75-W84 ; Les intoxications accidentelles par des substances nocives et exposition à ces substances X40-X49 ; Les noyades et submersions accidentelles W65-W74 ; L'exposition au feu, à la fumée et aux flammes X00-X09 ; D'autres types d'AcVC X10-X19, X20-X29, X50, W20-W23, W25-W29, W32-W41, W44-W45, W49-W64, W85-W87, Y86 ; L'exposition accidentelle à des facteurs autres et sans précision X58-X59 et enfin les séquelles d'accidents Y86.

► Nombre de décès annuel par AcVC par tranches d'âge et par sexe en 2003

	Hommes		Femmes	
	Région Rhône-Alpes	France métropolitaine	Région Rhône-Alpes	France métropolitaine
0-4 ans	5	138	6	81
5-14 ans	4	69	4	29
15-24 ans	31	325	5	65
25-44 ans	106	1 081	26	269
45-64 ans	161	1 851	72	741
65 ans ou plus	573	5 976	930	9 610
Total Hommes	880	9 440	1 043	10 795

Source : Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc-Inserm)².
Exploitation : ORS Rhône-Alpes.

En 2003, 1 043 femmes et 880 hommes sont décédés d'un AcVC dans la région Rhône-Alpes. Pour les hommes, la région compte pour environ 9 % des AcVC survenus au niveau national, 10 % pour les femmes. En Rhône-Alpes, ce sont 78 % des décès (1 503) qui surviennent après 65 ans (77 % au niveau national).

► Répartition par départements du nombre de décès annuel par AcVC par sexe en 2003

	Hommes	Femmes
Ain	78	93
Ardèche	62	67
Drôme	72	105
Isère	167	173
Loire	129	142
Rhône	209	296
Savoie	63	60
Haute-Savoie	100	107
Région Rhône-Alpes	880	1 043
France métropolitaine	9 440	10 795

Source : Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc-Inserm)².
Exploitation : ORS Rhône-Alpes.

Que ce soit à l'échelle nationale, régionale ou départementale, globalement, les décès par AcVC sont plus importants chez les femmes ; exception faite de la Savoie en Rhône-Alpes. Ce constat s'explique en partie par le fait qu'elles sont plus nombreuses aux âges avancés. La surveillance et la prévention des AcVC deviennent primordiales pour éviter une augmentation de la mortalité dans les années à venir compte tenu du grand nombre de décès chez les personnes âgées et de l'augmentation prévue de la proportion de personnes âgées.

► Nombre de décès et taux comparatif de mortalité par AcVC en Rhône-Alpes en 2000—2002, deux sexes confondus

	Nombre de décès annuel moyen	Taux comparatif de mortalité* pour 100 000 habitants
Ain	161	34,8
Ardèche	123	36,7
Drôme	173	38,0
Isère	349	36,0
Loire	291	37,5
Rhône	486	34,3
Savoie	146	39,9
Haute-Savoie	205	36,9
Région Rhône-Alpes	1 935	36,3
France métropolitaine	20 288	35,4

Source : Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc-Inserm)².
Exploitation : ORS Rhône-Alpes.

En moyenne, chaque année, les accidents de la vie courante provoquent plus de 1 900 décès dans la région Rhône-Alpes. La légère surmortalité observée dans la région par rapport à la situation nationale n'est pas significative. Quatre régions ont une mortalité significativement plus élevée que la moyenne observée en France métropolitaine : Bretagne, Nord-Pas-de-Calais, Franche-Comté et Auvergne¹⁷. A l'opposé, les régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Aquitaine et Île-de-France ont une mortalité significativement plus faible¹⁷.

* Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est défini comme le taux que l'on observerait dans la zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence. La population de référence correspond ici à la population française métropolitaine au recensement de 1990, les deux sexes confondus.

Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre 2 périodes, entre les 2 sexes et entre zones géographiques françaises.

► Répartition des décès par AcVC selon la cause en Rhône-Alpes en 2000-2002, deux sexes confondus (pour 100 décès de la tranche d'âge considérée)

	0-4 ans	5-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans ou plus
Les accidents de transport (hors accidents de la circulation)	-	-	3	3	1	-
Les chutes accidentelles	19	25	28	35	41	62
Les suffocations et autres accidents affectant la respiration	28	9	4	13	19	24
Les intoxications accidentelles par des substances nocives et exposition à ces substances	-	-	-	13	7	6
Les noyades et submersions accidentelles	32	28	25	20	16	4
L'exposition au feu, à la fumée et aux flammes	14	19	16	6	4	1
Autres AcVC	7	13	24	9	10	2
Les séquelles d'accidents	-	6	-	1	2	1
Total	100	100	100	100	100	100

Source : Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc-Inserm)².
Exploitation : ORS Rhône-Alpes.

Dans les premiers âges de la vie et jusqu'à moins de 14 ans, les principales causes de décès par AcVC sont les noyades. Il s'agit ensuite des suffocations pour les moins de 4 ans et des chutes accidentelles pour les 5—14 ans. Dans les âges avancés (plus de 65 ans), les décès par chutes accidentelles deviennent très majoritaires (62 %).

► *Les décès par AcVC par causes d'accidents*

En France métropolitaine, les AcVC ont entraîné 20 235 décès en 2003 (9 440 chez les hommes et 10 795 chez les femmes).

En Rhône-Alpes, cette même année, 1 923 décès sont survenus (880 chez les hommes et 1 043 chez les femmes). Les AcVC comptent pour 3,7 % de la mortalité totale (20 235 décès parmi 550 346) en France. Si cette valeur est restée stable comparativement à 2002 (20 023 décès parmi les 535 140), elle montre une diminution depuis les années 1980, probablement grâce aux campagnes de prévention et d'information mises en place^{1,15}. En Rhône-Alpes, les AcVC comptent pour 4 % de la mortalité totale (1 923 décès parmi les 47 669).

Les chutes

En 2003, 5 811 chutes accidentelles mortelles ont été recensées en France métropolitaine et 570 en Rhône-Alpes (soit environ 10 %). La répartition est différente selon la classe d'âge, les chutes fatales concernant plutôt les personnes d'âge avancé. Dans la région, les décès par chutes accidentelles concernent 62 % des AcVC mortels des plus de 65 ans sur la période 2000-2002.

Les suffocations (dont les fausses routes alimentaires)

En 2003, en France métropolitaine, ce sont 2 834 décès par suffocation et autres accidents affectant la respiration qui ont été recensés, dont 232 en Rhône-Alpes (8 %).

Les noyades

Elles concernent principalement les jeunes enfants. En Rhône-Alpes, 32 % des décès par noyades ou autres submersions accidentelles concernaient les moins de 4 ans sur la période 2000-2002. En 2003, 1 150 décès par noyades ont été recensés en France métropolitaine et 150 en Rhône-Alpes (10 %). Les départements les plus touchés sont l'Isère (30 décès), la Drôme (26 décès) et l'Ardèche (13 décès).

Les intoxications et expositions au feu

En 2003, les intoxications accidentelles par des substances nocives et les expositions à ces substances comptent pour 6 % en Rhône-Alpes (63 décès contre 997 décès à l'échelle nationale). Les décès par expositions au feu, à la fumée et aux flammes comptent aussi pour 6 % dans la région (30 décès pour 500 à l'échelle nationale en 2003).

Source : Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc-Inserm)².

2. Quelques résultats d'enquêtes sur les AcVC en France

Les résultats de l'enquête EPAC (Enquête permanente sur les accidents de la vie courante)^{6,18}

L'enquête EPAC, mise en place initialement en 1986, permet de recueillir des données exhaustives pour tout malade accidenté se présentant aux urgences de certains hôpitaux. En 2005, 9 hôpitaux français participaient à cette enquête (dont celui d'Annecy dans la région Rhône-Alpes). Les résultats permettent une description détaillée par individu (âge, sexe, activité), par type d'accidents (mécanisme de survenue, lieu) et par impact sanitaire (lésions, parties lésées et mode de prise en charge)⁶.

Parmi les 6 hôpitaux participant au réseau sur les années 2002-2003, il est montré que la fréquence des AcVC décroît avec l'âge, jusqu'à 70 ans environ, et augmente au-delà (l'augmentation étant plus marquée chez les femmes vraisemblablement du fait de leur sur-représentation en population générale)⁵.

Les AcVC surviennent principalement à l'intérieur de l'habitat (50 %), puis dans les aires de sport et de jeux (19 %), dans les établissements publics ou d'enseignement (12 %), dans les zones de transport (11 %, voie publique, gare, trottoir, etc.) puis dans d'autres lieux (8 % pour les commerces, les zones d'activité agricoles ou industrielles, les zones naturelles, etc.)¹⁸. Les différences de lieux 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 (49 % contre 34 chez les hommes, $p < 10^{-4}$) ; Pour les hommes il y a davantage d'accidents sur les aires de sport et de jeux (22 % contre 12 % chez les femmes, $p < 10^{-4}$). Concernant l'activité au moment de l'accident, ce sont les jeux et loisirs qui représentent plus de la moitié (53 %) des activités au moment où surviennent les AcVC chez les hommes (52 %) comme chez les femmes (55 %). Les accidents surviennent ensuite principalement lors d'une activité sportive (20 %). On observe une sur-représentation masculine lors des activités de bricolage (85 % des accidents concernent les hommes, sex-ratio 6) et de sport (73 %, sex-ratio 2,6) et une sur-représentation féminine dans les activités ménagères (36 % d'hommes, sex-ratio 0,6) et les courses (37 % d'hommes, sex-ratio 0,6).

Le mécanisme le plus fréquent à l'origine d'un AcVC est la chute (53 %). Viennent ensuite les mécanismes de contact avec un corps étranger (dans l'œil, le nez, etc., 18 %) et les coups et collisions (16 %). Les déformations au court d'un effort, y compris les faux-mouvements, sont à l'origine de 7 % des AcVC. Cette répartition est la même chez les hommes et les femmes mais quel que soit le mécanisme, il y a toujours plus d'hommes que de femmes (sex-ratio > 1).

Les résultats de l'enquête SPS (Santé et protection sociale)⁷

L'enquête Santé et protection sociale menée tous les 2 ans en France depuis 1988 contribue à décrire l'épidémiologie des AcVC en population générale sur les dernières années. Cette enquête associe une interview standardisé ou l'envoi d'un questionnaire auto-administré aux ménages de France métropolitaine dont un membre au moins est assuré à l'un des principaux régimes d'assurance maladie.

Lors de l'enquête de 2002, les résultats ont montré que la répartition des AcVC par âge, sexe, type d'accidents, type de lésions était très similaire à celle trouvée dans l'enquête EPAC. Il est notamment trouvé que près de 40 % des personnes accidentées ont eu recours à l'hôpital, 37 % aux services d'urgence, 11 % ont été hospitalisées. La moitié des accidents déclarés étaient des accidents domestiques. Viennent ensuite les accidents de sport et les accidents de loisirs qui constituent à eux deux 36 % des AcVC. Puis, ce sont les accidents scolaires (8 %) et les autres types d'accidents (9 %). Le taux annuel de survenue d'AcVC est de 23,4 accidents par an pour 100 personnes, intervalle de confiance de [21,6 ; 25,2]. Parmi ces AcVC, le taux d'incidence annuel ayant entraîné un recours aux urgences et/ou une hospitalisation est de 9,2 accidents pour 100 personnes, intervalle de confiance de [8,0 ; 10,4].

4. Répartition des lésions selon le type d'AcVC en 2002

Taux pour 100 accidents	Domestique	Scolaire	Sport	Loisirs	Autre	Total
Lésions des articulations ou des vertèbres	16,7	1,5	21,3	6,1	11,5	14,2
Plaies	22,6	20,7	6,5	13,6	23,4	17,9
Contusions	3,8	0,0	3,1	2,6	4,8	3,3
Traumatismes	13,5	22,4	21,2	22,1	24,0	18,0
Entorses	8,8	36,5	20,2	29,0	8,3	16,4
Luxations	3,6	2,6	4,0	0,6	5,4	3,2
Fractures	13,9	16,3	12,1	18,8	20,5	15,1
Brûlures	9,3	0,0	1,6	1,0	0,0	4,9
Autres types de lésions	3,6	0,0	0,5	3,0	1,1	2,4
Symptômes mal définis	4,4	0,0	9,5	3,2	1,1	4,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Extrait de Garry F. « Les accidents de la vie courante en France en 2002 »⁸.

Les accidents domestiques se caractérisent par des plaies (23 %) et une plus forte proportion de brûlures (9 %) que les lésions observées pour les autres types d'accidents. L'accident scolaire est marqué par une lésion de type plaie ou entorse, ces accidents pouvant aussi survenir lors d'activités sportives à l'école. Les entorses (20 %) et les atteintes musculoarticulaires ou vertébrales (21 %) sont caractéristiques des accidents de sport alors que les fractures (19 à 20 %) se rencontrent plus fréquemment lors des accidents de loisirs ou à un autre moment de la vie privée⁸.

Les accidents de la circulation (AC) en Rhône-Alpes

Un AC est défini comme tout accident survenant sur voie ouverte à la circulation publique, dans lequel au moins un véhicule en mouvement est impliqué et qui a entraîné une blessure ou des dégâts matériels. Ils sont définis en tant qu'accidents de transport dans la CIM10, sous la codification V01-V99.

► Nombre de décès annuel par AC par tranches d'âge et par sexe en 2004

	Hommes		Femmes	
	Région Rhône-Alpes	France métropolitaine	Région Rhône-Alpes	France métropolitaine
0-14 ans	5	111	4	70
15-24 ans	115	1 117	14	265
25-44 ans	103	1 407	32	319
45-64 ans	78	778	25	297
65 ans ou plus	53	622	39	403
Total Hommes	354	4 035	114	1 354

Source : CépiDc-Inserm. Disponible sur <<http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>>².

En 2004, 354 hommes et 114 femmes sont décédés d'un accident de la circulation dans la région Rhône-Alpes. Pour les hommes, la région compte pour environ 9 % des AC survenus au niveau national, 8 % pour les femmes. En Rhône-Alpes, 56 % des décès (264) surviennent entre 15 et 44 ans (62 % chez les hommes) contre 58 % au niveau national.

► Répartition par départements du nombre de décès moyen annuel, par sexe, et du taux comparatif de mortalité, deux sexes confondus, par AC en Rhône-Alpes en 2001-2003

	Hommes	Femmes	Taux comparatif de mortalité* pour 100 000 habitants
Ain	56	17	14
Ardèche	31	9	15
Drôme	46	14	14
Isère	103	33	12
Loire	53	18	10
Rhône	84	26	7
Savoie	35	12	13
Haute-Savoie	53	21	12
Région Rhône-Alpes	463	151	11
France métropolitaine	4 944	1 748	11

Source : CépiDc-Inserm. Disponible sur <<http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>>².

Les décès par AC concernent majoritairement chez les hommes.

Quelques explications sont mises en avant pour expliquer ces différences :

- Une plus grande exposition au risque routier (les hommes se déplacent plus que les femmes en véhicules individuels et ils obtiennent leur permis en moyenne 6 mois avant les femmes) ;
- Des comportements de prises de risque plus marqués.

* Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est défini comme le taux que l'on observerait dans la zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence. La population de référence correspond ici à la population française métropolitaine au recensement de 1990, les deux sexes confondus. Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre 2 périodes, entre les 2 sexes et entre zones géographiques françaises.

► Répartition du nombre annuel de décès et de blessés, graves et légers, en 2005

	Nombre total de tués*	Nombre total de blessés graves	Nombre total de blessés légers
Ain	77	347	469
Ardèche	30	207	158
Drôme	53	458	414
Isère	80	586	1 016
Loire	52	439	923
Rhône	78	848	2 022
Savoie	29	234	232
Haute-Savoie	70	491	491
Région Rhône-Alpes	469	3 610	5 725
France métropolitaine	5 318	39 811	68 265

Source : Données issues du Service d'études techniques des routes et des autoroutes (SETRA).

Les tués sont les personnes décédées sur le coup ou dans les 30 jours qui suivent l'accident. Les blessés graves sont définis comme les victimes qui séjournent à l'hôpital plus de 24 heures ; les blessés légers sont non hospitalisés ou moins de 24 heures.

Le nombre annuel moyen est calculé sur 3 ans, l'année figurant sur les tableaux étant l'année centrale.

N.B. : Les données du CépiDc-Inserm sont des données domiciliées alors que celles du SETRA sont des données enregistrées (au lieu de l'accident). Par ailleurs, la définition du SETRA des « tués » est différente de celle de l'INSERM : pour le SETRA, les « tués » sont les personnes décédées sur le coup ou dans les 30 jours qui suivent l'accident, alors que pour l'INSERM il n'y a pas de notion de délai.

Le nombre de décès du CépiDc-INSERM ne peut donc être comparé au nombre de « tués » du SETRA.

► Nombre de décès annuel moyen par AC par classes d'âge et par catégories d'usagers en 2005

	Piétons		Usagers de deux-roues		Usagers de véhicules légers	
	Région	France	Région	France	Région	France
	Rhône-Alpes	métropolitaine	Rhône-Alpes	métropolitaine	Rhône-Alpes	métropolitaine
0-14 ans	1	39	2	28	7	70
15-24 ans	5	67	42	495	97	897
25-44 ans	8	87	51	559	70	922
45-64 ans	10	120	35	239	53	606
65 ans ou plus	35	321	10	96	26	553
Total	59	634	140	1 417	253	3 048

Source : Données issues du Service d'études techniques des routes et des autoroutes (SETRA).

► Le registre des accidents de la circulation du Rhône : analyse des données d'enregistrement

Qualifiée par le Comité National des Registres, cette base de données, permanente depuis 1995, permet^{19,20} :

- de recenser les accidents et les victimes
- d'étudier la fréquence, la nature et le mécanisme des lésions
- de connaître le devenir clinique des blessés
- d'étudier les mécanismes lésionnels dans les accidents impliquant un véhicule léger
- de contribuer à une meilleure définition et à une meilleure connaissance du blessé grave, par la mise en place d'études complémentaires. La première de ces études s'est intéressée au retentissement des accidents sur le devenir des enfants scolarisés en école primaire

Sur une base annuelle, les données font l'objet d'une analyse systématique sur l'ensemble des victimes et selon chaque catégorie d'usagers (piétons, usagers de rollers et autres planches à roulettes, cyclistes, usagers de deux-roues motorisés, occupants de voiture, car, bus, camionnette, camion, autres usagers). Sont ainsi analysés, les circonstances de l'accident, les caractéristiques des victimes, les blessures des victimes non décédées, la durée d'hospitalisation, le pronostic séquentiel et les spécificités des victimes décédées. Un certain nombre d'analyses spécifiques sont réalisées parallèlement à l'analyse systématique précédemment évoquée, au gré des demandes et des opportunités.

Les thématiques suivantes peuvent être citées :

- l'inégalité des hommes et des femmes face au risque routier
- les effets du vieillissement sur la gravité des blessures
- les accidents de conducteurs de poids lourds
- le sur-risque des hommes jeunes
- les accidents de l'enfant

D'autres travaux épidémiologiques sont actuellement en cours. Pour exemples :

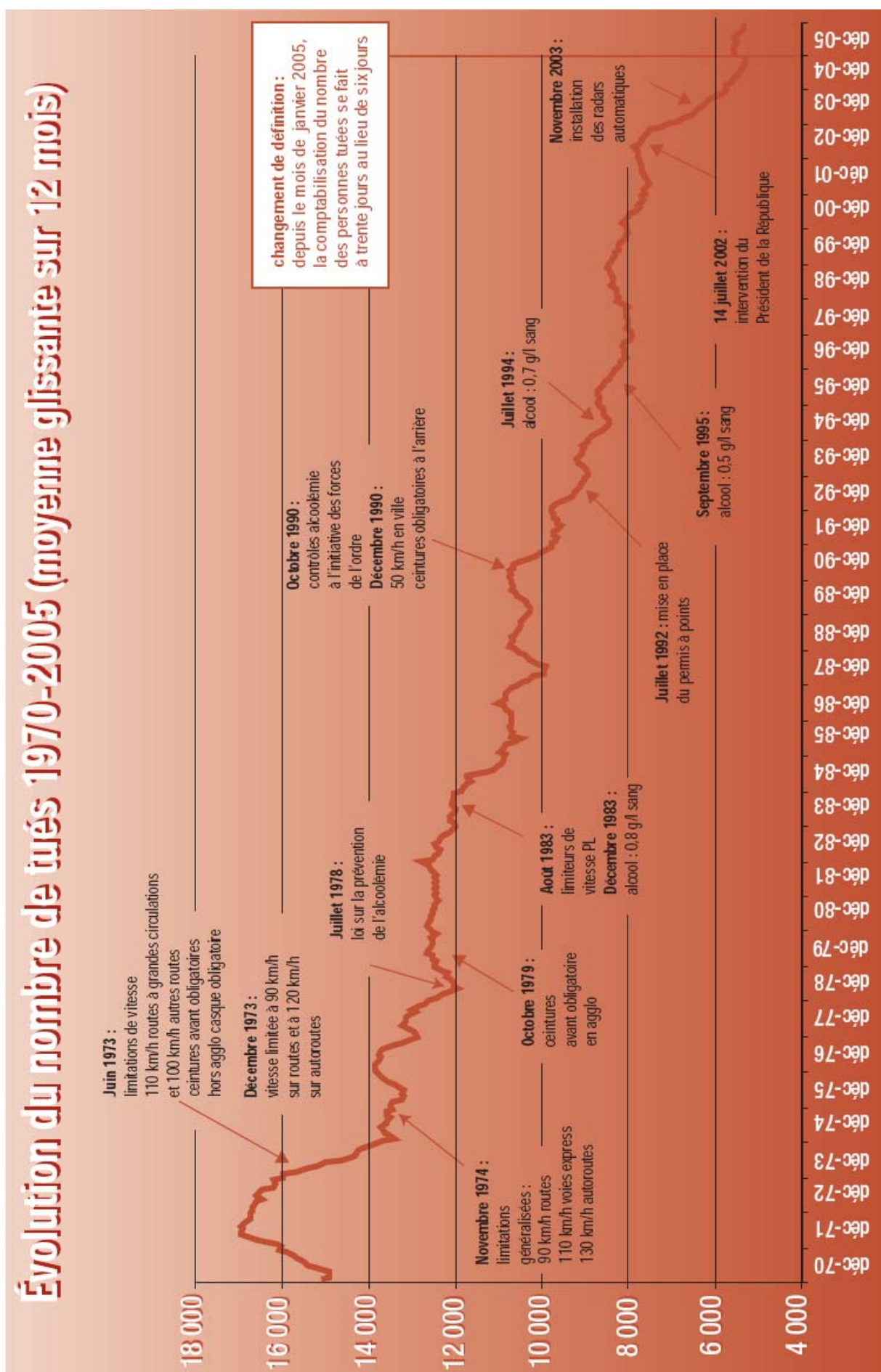
- évaluation prospective de la gravité des handicaps chez l'enfant et recherche de facteurs pronostiques associés (étude Serac)
- tableaux lésionnels des piétons heurtés par un véhicule léger
- caractérisation des accidents de la circulation survenus dans le cadre du travail.

► Des initiatives locales dans la région

Signalons simplement qu'en 2002, un atelier interdépartemental inscrit dans le cadre d'un programme régional d'étude associant le CRAES-CRIPS, l'ADES de la Drôme, la LCVR de la Drôme, l'ADESSI de l'Isère, le CODES de la Loire et l'ADES du Rhône ainsi que la Sécurité Routière et l'Éducation Nationale a été organisé pour une meilleure compréhension des conduites à risque des jeunes sur la route en milieu rural et ce, dans le but d'enrichir les démarches de prévention. Le document²¹ est disponible à l'adresse suivante :

<<http://www.craes-crips.org/>>

En page suivante, l'évolution des tués extraite du Bilan annuel 2005 de l'ONISR²²



Glossaire

Bulletins d'analyse des accidents corporels de la circulation (BAAC) : Documents obtenus par codage rétrospectif d'une partie des informations contenues dans les procès verbaux d'accidents corporels de la circulation dressés par les Forces de l'ordre (Gendarmerie nationale, C.R.S ou Police nationale).

Registre : « Recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées » (arrêté du 6 novembre 1995).

Traumatismes : Ils 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 (OMS).

Quelques ressources et acteurs

NIVEAU NATIONAL

Le Ministère de l'écologie et du développement durable
<http://www.ecologie.gouv.fr>

Le Ministère de la santé
<http://www.sante.gouv.fr>

Le Ministère de la jeunesse et des sports
<http://www.jeunesse-sports.gouv.fr/>

L'Institut français de l'environnement
<http://www.ifen.fr>

**L'Agence française de sécurité sanitaire
 environnementale et du travail**
<http://www.afsse.fr>

**L'Institut national de prévention et d'éducation à la
 santé**
<http://www.inpes.sante.fr>

**L'Institut de recherche et documentation en économie de
 la santé**
<http://www.irdes.fr>

**Le dossier des accidents de la vie courante de l'Institut de
 veille sanitaire et Paris V**
<http://www.dsi.univ-paris5.fr/AcVC>

La Commission de la sécurité des consommateurs
<http://www.securiteconso.org>

L'Institut de prévention des accidents domestiques
<http://www.ipad.asso.fr>

L'Institut de veille sanitaire
<http://www.invs.sante.fr>

**L'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de
 développement**
<http://www.isped.u-bordeaux2.fr/FR-ISPED-Accueil.htm>

**L'Institut national de l'environnement industriel et des
 risques**
<http://www.ineris.fr>

**La Fédération nationale des Observatoires régionaux
 de santé**
<http://www.fnors.org>

**L'Association nationale pour l'étude de la neige et des
 avalanches**
<http://www.anena.org>

**La Direction générale de la concurrence, de la
 consommation et de la répression des fraudes**
<http://www.finances.gouv.fr/DGCCRF/>

L'Institut national de la consommation
<http://www.conso.net/page>

**Le site consacré aux programmes d'observation des
 avalanches**
<http://www.avalanches.fr>

**L'Institut national de recherche sur les transports et
 leur sécurité**
<http://www.inrets.fr>

**Le Centre d'études sur les réseaux, les transports et
 l'urbanisme**
<http://www.certu.fr/>

**L'Observatoire national interministériel de sécurité
 routière**
<http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/>

L'Association médecins de montagne
<http://www.mdem.org/>

**Le système national d'observation de la sécurité en
 montagne**
<http://www.cssm.jeunesse-sports.fr/pagesnosm/snosmhp.html>

**Le Service d'études techniques des routes et des
 autoroutes**
<http://www.setra.equipement.gouv.fr/>

NIVEAU REGIONAL

**Les Directions départementales et régionale des affaires
sanitaires et sociales de Rhône-Alpes**
http://rhone-alpes.sante.gouv.fr

La Direction régionale de l'équipement
http://www.rhone.equipement.gouv.fr/route/stat/stat.htm

La Direction régionale de l'environnement
http://www.rhone-alpes.ecologie.gouv.fr

La Communauté urbaine de Lyon
http://www.grandlyon.com

Bibliographie

1. Thélot B. Les accidents de la vie courante. Institut de veille sanitaire (InVS). Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique, 11 mai 2004, n°19-20, p73-84.
2. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), CépiDC. Les causes de décès. Disponible sur <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/> (consulté en fév. 2007).
3. Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR). Les accidents corporels de la circulation routière. Les résultats de décembre et le bilan de l'année 2006. Note n°82, 8 janv. 2007, 4p.
4. Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN). La perception des situations à risque par les Français. Baromètre 2006. Disponible sur <http://www.irsn.org/> (consulté en fév. 2007).
5. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel du 11 août 2004, août 2004, 85p.
6. Thélot B., Ricard C. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante, résultats 2002-2003, réseau EPAC. Institut de veille sanitaire (InVS), oct. 2005, 68p.
7. Les accidents de la vie courante en France selon l'Enquête santé et protection sociale 2002. Institut de veille sanitaire (InVS), août 2005, 51p.
8. Garry F. Les accidents de la vie courante en France en 2002. CNAMTS. Direction des statistiques et des études. Point Stat n°41, avril 2005, 6p.
9. Réseau épidémiologique d'accidentologie des sports d'hiver. Résultats nationaux 2006. Association Médecins de Montagne. Dossier de presse 2006-2007. Janv. 2007, 20p. Disponible sur < http://www.mdem.org/> (consulté en janv. 2007).
10. Réseau épidémiologique d'accidentologie des sports d'hiver de médecins de montagne. Résultats de surveillance intermédiaire. Mars 2007, 1p.
11. Amoros E., Martin J.L., Laumon B. Biais de sélection dans le recensement des victimes de la circulation routière en France. Revue d'épidémiologie et de santé publique 52, n° 1 hors série, 2004, p65.
12. Laumon B, Martin J.L. Analyse des biais dans la connaissance épidémiologique des accidents de la route en France. Revue d'épidémiologie et de santé publique 50, n°3, 2002, p277-285.
13. Institut de veille sanitaire (InVS). Dossier thématique. Les accidents de la vie courante. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/surveillance/index.htm> (consulté en fév. 2007).
14. Chiron M., Ndiaye A., Gadegbeku B. Les conséquences sanitaires des accidents de la route. Dans : La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2006. La Documentation française, 2007, en cours d'édition.
15. Gadegbeku B, Ndiaye A, Chiron M. Séquelles majeures en traumatologie routière, Registre du Rhône, 1996-2003. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°36, 2006, p267-72.
16. Chiron M., Ndiaye A., Gadegbeku B. Conséquences sanitaires des accidents de la route : lésions et séquelles. Urgence pratique. Dossier thématique « accidentologie et santé publique », n°75, mars 2006, p93-95.
17. Ermanel C., Thélot B., Jouglu E., Pavillon G. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2002. Institut de veille sanitaire (InVS). Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 31 oct. 2006, n°42, p328-330.
18. Thélot B., Ricard C. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante, résultats 2004, réseau EPAC. Institut de veille sanitaire (InVS), juil. 2006, 9p.
19. Charnay-Collet P, Laumon B. Le Registre des victimes d'accidents de la circulation routière du Rhône : modalités de mise en place, de recueil, d'informatisation et de gestion. Rapport UMRETTE n° 204, 1-119. 2002. UMRETTE.
20. Laumon B. Le Registre du Rhône des victimes d'accidents de la circulation routière. Rapport d'activité. Année 2003. UMRETTE, editor. Rapport UMRETTE n° 0403, 1-29. 2004.
21. Assailly P., Guye O., Bulot G., Renard E, Pelosse L.. Route des jeunes : quelles réductions des risques ? Atelier interdépartemental du 11 décembre 2002. CRAES-CRIPS, ADES Rhône. Janv. 2003, 60p.
22. Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR). La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2005. La Documentation française, sept. 2006, 265p.

Dossiers complémentaires à consulter : ♦ Les transports

Sont remerciés pour leur précieuse relecture :

- ♦ Mireille Chiron, Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport, travail, environnement (UMRESTTE)
- ♦ Bertrand Thélot, Institut de veille sanitaire (InVS)