



Institut de veille sanitaire

26 mai 2005



Projet européen

**Etablissement d'une enquête type sur les
accidents de la vie courante
complémentaire du recueil hospitalier
« Enquête-type »**

Rapport final

Ce document constitue le rapport final du projet :

"Etablissement d'une enquête type sur les accidents de la vie courante complémentaire du recueil hospitalier"

qui a fait l'objet d'une subvention européenne accordée par la Direction générale santé et protection du consommateur (DG SANCO), par la convention n° SPC.2002340, dans le cadre du programme de prévention des blessures 2002.

Ce projet a été mené sous la responsabilité de
l'Institut de veille sanitaire (France)

avec les partenaires suivants :

Institut Sicher Leben (Autriche)
EDUCA-SANTE (Belgique)
CEREPRI (Grèce)
Instituto Nacional de Saude (Portugal)
Psytel (France)

Sommaire

Résumé	7
Introduction	11
Objectifs du projet	11
Méthode de travail	13
Organisation du projet	13
Le choix de l'axe de travail	14
Les différents systèmes de collecte de données	17
Comparaison des deux méthodes de recueil	21
<i>Recueil hospitalier continu et enquête transversale</i>	
Propositions pour l'enquête type	27
Variables, formats et nomenclatures	27
Méthodologie	30
Questionnaire	34
Conclusions	39

Annexes	45
I – Sigles et abréviations	47
II – Liste des partenaires, chronologie des travaux	49
III – Méthodes et questionnaires d’enquêtes existantes	53
Enquêtes continues dans le système ISS : l’enquête EPAC en France	53
Enquêtes transversales dans le système ISS	55
Allemagne	55
Espagne	69
Luxembourg	71
Autres enquêtes transversales	75
Enquête Santé et Protection Sociale (Irdes, France)	75
Enquête Baromètre Santé (Inpes, France)	79
Enquête décennale santé (Insee, France)	83
Cycle triennal d’enquêtes en milieu scolaire (France)	87
Enquêtes TNS-Sofres	90
Enquêtes Eurobaromètre	91
Enquête CSI-MDS	93
IV - Le nouveau codage proposé pour le système ISS	97
V - Comparaison des variables entre systèmes internationaux	101
VI – Contributions des partenaires (extraits)	109
Autriche	109
Belgique	113
Grèce	117
Portugal	119
Psytel	121
VII - Réunion des 22-23 octobre 2003	123
VIII – Réunion téléphonique du 15 décembre 2004	131
IX – Nomenclatures de profils sociaux	137
X – Bibliographie	139

Résumé

Objectifs du projet

Le projet « Etablissement d'une enquête type sur les accidents de la vie courante complémentaire du recueil hospitalier », en abrégé « Enquête – type » prenait place dans la politique de santé de l'Union européenne visant à améliorer l'information en matière de prévention des blessures. Il avait les objectifs suivants :

- faire le point sur les enquêtes transversales utilisées par trois Etats membres (Espagne, Luxembourg et Allemagne) dans le cadre de leur participation au système ISS (*Injury Surveillance System*)

- examiner les méthodologies d'enquêtes transversales utilisées par d'autres équipes dans le même domaine ou dans des domaines proches.

- lister les avantages et les inconvénients des deux types de recueil fournissant des données pour le système ISS : le recueil hospitalier continu et les enquêtes transversales, en tenant compte du fait que le recueil hospitalier continu est considéré comme le mode de recueil principal.

- proposer une harmonisation des méthodes, des variables et des questionnaires utilisés lors des enquêtes transversales, de sorte que leurs résultats soient suffisamment homogènes pour permettre des comparaisons avec les résultats fournis par le recueil hospitalier.

La mise en place d'un noyau commun de questions et de nomenclatures permettrait ainsi aux Etats de disposer d'une enquête transversale de référence dans le domaine des accidents de la vie courante (AcVC), et à l'Union européenne d'avoir des résultats comparables d'un pays à l'autre. Il serait aussi possible pour un Etat d'utiliser les résultats d'enquêtes transversales réalisées de façon complémentaire avec ceux du recueil hospitalier continu.

Synthèse des points acquis

En premier lieu, ce projet a permis de confirmer que les capacités actuelles de comparaison de l'épidémiologie des accidents de la vie courante entre pays européens sont pratiquement inexistantes. Cette impossibilité à rendre compte, de façon comparative entre pays, des nombres et des facteurs de risque de survenue d'un AcVC résulte du fait que les travaux développés aux niveaux nationaux sont hétérogènes. Les systèmes de soins pour la prise en charge des accidentés sont différents, et les outils manquent pour apprécier dans ce domaine l'effet des différences culturelles entre pays.

A travers l'existence du réseau Injury Data Base (IDB), les experts des différents pays sur les accidents de la vie courante reconnaissent l'intérêt d'arriver à une certaine capacité de comparaison entre pays, pour le développement de stratégies de prévention et de santé publique au niveau européen, en synergie avec les stratégies nationales. Dans tous les pays il y a une difficulté à faire comprendre à quel point les accidents de la vie courante sont un enjeu de santé publique, souvent plus important que d'autres pathologies affectant la santé, mais doté de moins de moyens d'action. Il est donc opportun de développer une enquête – type harmonisée permettant de telles comparaisons.

En retenant une double approche : une approche technique (bibliographie sur les enquêtes et la pratique existantes, avis d'experts) et une recherche de consensus de la part des partenaires afin d'équilibrer les avantages et les inconvénients des différentes solutions possibles pour la réalisation d'une enquête transversale, ce projet a permis de définir une telle enquête - type applicable à l'ensemble des pays européens.

Les caractéristiques générales de l'enquête – type transversale harmonisée

Elles sont précisées dans le rapport et reprises en synthèse dans la conclusion.

Elles portent sur :

- le périmètre de l'enquête type : centrée sur les accidents de la vie courante, avec possibilité d'extension aux autres types de traumatismes.
- la définition des accidents à prendre en compte : celle de l'OMS.
- les buts de l'enquête type :
 - Connaître le taux d'incidence des accidents de la vie courante
 - Constituer un échantillon représentatif d'accidents.
- le type d'enquête : enquête téléphonique, chez les personnes de 15 à 74 ans, avec possibilité de collecter les données auprès d'un adulte référent (responsable légal, ou en lien de parenté) du ménage, lorsque l'enquête est en incapacité de répondre.
- la période de rappel : 2 mois.
- la sélection de l'accident à prendre en compte dans l'enquête : collecter à la fois le nombre des accidents survenus au cours de la période et des détails spécifiques sur le plus sévère.
- la saisonnalité et la géographie des accidents : pour tenir compte de la saisonnalité et des variations géographiques des accidents, il a été prévu de réaliser plusieurs vagues d'enquête réparties dans le temps, et dans différentes régions de chaque pays.
- les items faisant l'objet de l'interrogatoire auprès des personnes : une « liste de base » doit dans tous les cas être retenue dans tous les pays, c'est le niveau minimal de recueil pour obtenir des données comparables entre pays. Une liste complémentaire a été proposée pour le cas où la réalisation d'une enquête un peu élargie serait financièrement et pratiquement possible.
- Les nomenclatures de référence sont principalement celles du manuel de codage ISS V2000, complétées par d'autres nomenclatures spécifiques.
- La narration de l'accident : elle doit être maintenue, car elle consolide et complète la collecte spécifique par item. Elle contribue aussi à la présentation de l'enquête par l'enquêteur, à la compréhension de l'enquête par la personne enquêtée, et éventuellement à la sélection du type d'accident. Elle doit donc être placée en début

de questionnaire. L'enquêteur doit guider a minima la personne enquêtée pour qu'il puisse retrouver dans la narration les éléments essentiels de survenue de l'accident le plus sévère sur la période de rappel : produit en cause ou impliqué dans l'accident, activité lors de l'accident, lieu de l'accident, mécanisme de l'accident (« PALM » : Produit, Activité, Lieu, Mécanisme), lésion(s) et partie(s) lésée(s) lors de l'accident.

- Gravité des accidents : accidents ayant entraîné au moins un recours aux soins (services d'urgence, généralistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmières, etc.).

- sévérité des accidents : elle peut être qualifiée objectivement (score AIS, autres scores) ou subjectivement, par réponse à une question spécifique à la personne accidentée.

- profil social de l'accidenté : il est appréhendé par trois groupes de questions sur :
le niveau d'études atteint
la situation d'emploi
la profession

Quand il s'agit d'un enfant, ces questions doivent se rapporter aux responsables légaux de l'enfant (parents en général).

- nombre de lésions : possibilité de description de deux lésions maximum pour l'accident le plus sévère de la période de rappel.

- nationalité : l'introduction systématique de la nationalité dans l'enquête – type n'a pas été jugée possible, pour des raisons éthiques. Cette option reste intéressante, et il est recommandé de la mettre en œuvre ponctuellement pour des objectifs déterminés.

- résidence : la variable code postal du lieu de résidence habituel est incluse dans le recueil. Une question de base sur le type d'habitat : en zones rurale, urbaine, périurbaine, etc. est recommandée.

Recommandations de mise en œuvre et perspectives

Les caractéristiques de l'enquête transversale proposée devraient faire l'objet d'une lecture et d'une appropriation de la part d'experts de tous les pays européens : de ceux qui faisaient partie des pays partenaires du projet, comme des experts des autres pays européens. Cette analyse critique doit prendre en compte la possibilité d'une réalisation de l'enquête à court terme dans l'ensemble de l'Union européenne.

Avec l'appui de la DG SANCO, de Eurostat, voire d'autres structures concernées au niveau européen, le protocole de l'enquête commune devrait être fondé sur les éléments de ce rapport d'une part, sur les commentaires des experts de tous les pays de l'Union d'autre part. Ce travail de finalisation et de rédaction du protocole pourrait faire l'objet d'un appel d'offre auquel des institutions scientifiques ou des sociétés pourraient répondre.

Dans une deuxième phase, suite à la rédaction consensuelle du protocole d'enquête et à sa validation officielle par les experts des Etats membres, un guide de référence européen sera rédigé et une première enquête pourra être réalisée au niveau de tous les pays de l'UE.

Par ailleurs d'autres développements restent possibles : l'utilisation de nomenclatures mieux adaptées, le développement de complémentarités avec les recueils hospitaliers, jusqu'à la mise en place d'une cohorte pour connaître le devenir des accidentés graves. L'extension à tous les traumatismes pourrait prendre place dans l'évolution actuelle du système ISS vers un codage de l'ensemble des traumatismes : c'est le système « IDB - Tout traumatisme » (Injury Data Base - All injuries) dont les modalités précises de codage sont en cours de discussion. Le présent travail pourra être repris et amplifié dans ce contexte évolutif, car les variables sélectionnées ici sont en grande partie communes au noyau du module « Accident de la vie courante » du codage IDB - Tout traumatisme. Pour faire de l'enquête type une enquête – type « Tout traumatisme » complémentaire des recueils hospitaliers « IDB Tout traumatismes », il suffirait ajouter des variables concernant les autres modules (modules violence, traumatisme auto infligé, accident de la circulation)

Les accidents de la vie courante sont un problème majeur de santé publique : ils sont fréquents, graves et souvent évitables. De plus en plus dans les années à venir il paraîtra inadmissible de décéder ou de devenir handicapé grave à la suite d'un accident évitable. Ces préoccupations sont communes à tous les pays de l'Union européenne. La mise en place des enquêtes transversales coordonnées proposées dans ce travail est peu coûteuse. Elle permettrait d'améliorer la connaissance épidémiologique des accidents et de comparer les situations d'un pays à l'autre. Les résultats guideraient la prévention, la réglementation, l'information et la prévention pour les éviter ou en atténuer la gravité.

Introduction

Objectifs du projet

Le projet « **Etablissement d'une enquête type sur les accidents de la vie courante complémentaire du recueil hospitalier** », en abrégé « **Enquête – type** » prend place dans la politique de santé de l'Union européenne, précisément dans les objectifs du programme 2002 visant à améliorer l'information en matière de prévention des blessures (Programme de prévention des blessures, *Injury Prevention Programme, IPP*).

Ce projet avait les objectifs suivants :

- faire le point sur les enquêtes transversales utilisées par trois Etats membres (Espagne, Luxembourg et Allemagne) dans le cadre de leur participation à l'ancien système Ehlass (*European Home and Leisure Accident Surveillance System*), remplacé ces dernières années par le système ISS (*Injury Surveillance System*).
- examiner les méthodologies d'enquêtes transversales utilisées par d'autres équipes dans le même domaine ou dans des domaines proches.
- lister les avantages et les inconvénients des deux types de recueil fournissant des données pour le système ISS : le recueil hospitalier continu et les enquêtes transversales, en tenant compte du fait que le recueil hospitalier continu est considéré comme le mode de recueil principal.
- proposer une harmonisation des méthodes, des variables, et des questionnaires utilisés lors des enquêtes transversales, de sorte que leurs résultats soient suffisamment homogènes pour permettre des comparaisons avec les résultats fournis par le recueil hospitalier.

La mise en place d'un noyau commun de questions et de nomenclatures permettrait ainsi aux Etats de disposer d'une enquête transversale de référence dans le domaine des accidents de la vie courante, et à l'Union européenne d'avoir des résultats comparables d'un pays à l'autre. Il serait aussi possible pour un Etat d'utiliser les résultats d'enquêtes transversales réalisées de façon complémentaire avec ceux du recueil hospitalier continu.

Ce projet avait donc l'ambition de contribuer à l'amélioration de la qualité du recueil des données sur les accidents de la vie courante en Europe, sous les aspects de représentativité, de comparabilité et de richesse de l'information.

La diffusion des conclusions du projet, en particulier la publication de la méthodologie, des variables et du questionnaire, constituera une plus-value communautaire. Elle contribuera à l'harmonisation des données issues des enquêtes dans les différents Etats membres, à assurer les possibilités de comparaison de résultats entre Etats membres, et finalement à renforcer la cohérence et l'efficacité des actions engagées par la Commission européenne dans le domaine de la lutte contre les accidents de la vie courante.

Méthode de travail

Organisation du projet

Le projet a été mené entre avril 2003 et janvier 2005, sous la responsabilité de Bertrand Thélot à l'InVS. A l'InVS, Marianne Perez a travaillé comme assistante de projet entre avril 2003 et juin 2004, Emmanuelle Szego a contribué à l'investigation et aux synthèses bibliographiques entre avril et novembre 2003. La société Psytel (Marc Nectoux) a participé à toutes les phases du projet. Les partenaires européens du projet étaient : Robert Bauer et Mathilde Sector pour Sicher Leben en Autriche, Alain Lévêque et Martine Bantuelle EDUCA – SANTE en Belgique, Nick Dessypris et Eleni Petridou pour le CEREPRI en Grèce, Baltazar Nunes pour l'Instituto Nacional de Saude au Portugal. Ces partenaires ont été sollicités de diverses manières : jusqu'en septembre 2003, par des contributions bibliographiques sur les systèmes de collecte des accidents de la vie courante dans leur pays ; en octobre 2003 lors de la réunion de travail organisée à Paris pour la formalisation des orientations à donner au projet ; jusqu'en décembre 2004, par des contacts mails et téléphoniques, pour apporter leurs critiques et remarques sur les solutions proposées pour une enquête – type. D'autres représentants de ces pays sont parfois intervenus de façon complémentaire dans le déroulement du projet.

Le déroulement du projet a respecté les étapes prévues :

Etape n° 1 : Analyse des enquêtes Ehlass / ISS existantes

Analyse des méthodologies et des résultats issus des enquêtes menées dans les Etats membres ayant utilisé la procédure des enquêtes transversales ces dernières années dans le cadre de leur participation à Ehlass / ISS : Allemagne, Espagne, Luxembourg. Analyse et comparaisons des modalités de réalisation de certaines autres enquêtes menées par d'autres équipes dans le domaine des AcVC.

Etape n°2 : Avantages et inconvénients des deux modes de recueil

Etablissement de la liste des avantages et des inconvénients des deux modes de recueil utilisés : enquête représentative auprès des ménages et recueil hospitalier continu. Analyse des possibilités de complémentarité d'une enquête périodique pour le recueil hospitalier. Rédaction d'un rapport intermédiaire.

Etape n°3 : Proposition pour une enquête transversale type

Proposition d'une méthodologie, des variables et du questionnaire pour une enquête transversale sur les accidents de la vie courante : détermination du type d'enquête, des caractéristiques techniques nécessaires, de la taille d'échantillon, de la fréquence, estimation des coûts ; liste de variables recommandées ; modèle de questionnaire (noyau commun de questions) en vue d'harmoniser les enquêtes entre elles et avec le recueil hospitalier continu.

Etape n°4 : Validation auprès d'un groupe d'experts

Validation de la méthodologie, des variables et du modèle de questionnaire proposés auprès d'un groupe d'experts. L'évaluation a permis de procéder aux derniers ajustements.

Etape n°5 : Rédaction et diffusion du rapport final

Le choix de l'axe de travail

Ce projet a pour but final de promouvoir une « enquête-type » dont les résultats seraient comparables avec ceux des recueils hospitaliers continus. Il est apparu dans les réflexions préliminaires destinées à « caler » la problématique et les perspectives de travail que le développement de cette « enquête-type » pouvait s'envisager selon 3 axes :

Axe n°1

Développer une enquête-type transversale sur les traumatismes en Europe, au détriment des recueils hospitaliers continus ?

Les autorités européennes ont fait part de leur intérêt pour la réalisation d'une enquête européenne représentative auprès des ménages, semblable à celles qui sont réalisées sous la dénomination « Eurobaromètre », dont on trouvera le descriptif plus loin. Cette enquête aurait les avantages suivants :

- elle fournirait des résultats représentatifs des populations enquêtées
- la méthodologie mise en œuvre, identique dans tous les Etats membres, autoriserait la comparaison des résultats entre Etats
- son coût serait sans doute plus faible que le total des coûts du recueil hospitalier dans l'ensemble des Etats membres (EM).
- elle aurait un certain effet d'entraînement auprès des EM habituellement peu enclins à travailler dans la prévention des accidents de la vie courante.

Les avantages des enquêtes transversales sont connus. Elles ont aussi des inconvénients, tout aussi classiques, parmi lesquels on peut citer :

- les biais de mémorisation
- les biais de sélection entraînant la sous – représentation de certaines populations
- la difficulté d'avoir une description fiable des accidents des jeunes enfants, ainsi que ceux des personnes âgées
- le recueil des données médicales moins fiable qu'un recueil hospitalier
- les difficultés à recueillir des données pour les accidents rares

Ces enquêtes transversales devraient-elles être privilégiées au point d'entraîner la disparition des recueils hospitaliers ? Il paraissait d'emblée bien imprudent de se situer dans cette perspective, pour une multitude de raisons, qui font l'objet d'une description plus détaillée dans la suite du rapport. On peut citer : le coût, la nécessité d'homogénéiser les nomenclatures et leur usage au niveau européen, le fait qu'elles ne produiraient pas de « réservoir quantitatif » de données sur les accidents, très utiles pour certaines descriptions, etc.

Cette perspective n'a pas été retenue pour ce projet, tant il était évident que les deux types de recueil enquêtes ne pouvaient se substituer, étant à bien des égards complémentaires.

Axe n°2

Développer une enquête-type commune dans tous les Etats membres, sans tenir compte de l'existence ou non d'un recueil hospitalier continu ?

Actuellement, il y a coexistence de deux méthodologies dans le cadre du programme IPP : le recueil hospitalier dans certains pays, l'enquête représentative dans d'autres. Les Etats réalisant des enquêtes, Allemagne (D), Espagne (E), Luxembourg (L), n'utilisent ni la même méthodologie, ni le même questionnaire. Les périodes d'enquêtes sont différentes, et le questionnaire a changé au cours du temps d'une enquête à l'autre dans un même Etat.

On pouvait envisager d'axer le projet uniquement sur un effort d'harmonisation des enquêtes, à appliquer dans les Etats qui mettent en œuvre ces enquêtes, en s'efforçant d'obtenir un consensus sur une méthodologie commune, un noyau commun de questions utilisant une même nomenclature.

Cependant, cette approche est apparue trop restrictive, ne permettant pas de résoudre les problèmes majeurs constitués par la comparabilité des résultats entre Etats « enquête transversale » et les Etats « recueil hospitalier »

Axe n°3

Développer une enquête-type complémentaire du recueil hospitalier ?

C'est la perspective qui a été retenue.

Il était en effet logique de mettre au point une enquête – type destinée à être utilisée aussi bien par les Etats qui réalisent habituellement ces enquêtes transversales, que par les Etats qui ont maintenu un système de recueil hospitalier continu. Ces derniers auraient à leur disposition les résultats du recueil continu, avec leurs avantages (données médicales plus précises, base de cas, etc.) et ceux des enquêtes – type qui permettraient d'une part de compléter et de redresser les résultats du recueil hospitalier, notamment en termes de représentativité, d'autre part de faire des comparaisons avec ceux des pays qui ne réalisent que des enquêtes transversales.

C'est ainsi que le projet a trouvé son axe de travail : dégager un consensus sur les questions, les nomenclatures, la méthode d'enquête transversale « de base », la plus pertinente pour permettre les comparaisons entre pays et pour compléter les résultats existants.

L'analyse des enquêtes existantes dans le domaine des accidents de la vie courante, dans différents pays européens, et la revue d'enquêtes transversales, réalisées en France ou à l'étranger, a permis de recenser de façon détaillée les avantages et inconvénients des deux types de recueil. Ces phases techniques ont conduit à faire les premières propositions d'enquête – type au groupe d'experts. Ces propositions ont été discutées analytiquement, point par point, chaque critique permettant de passer en revue les avantages et inconvénients des solutions proposées. La synthèse des discussions a conduit à la formulation des propositions finales contenues dans ce rapport.

Compte tenu de la richesse des informations utilisées, on a choisi pour le rapport final de faire une rédaction condensée des principales étapes, et de fournir en annexes les documents détaillés.

Les différents systèmes de collecte de données

Les enquêtes réalisées en Europe dans le cadre du Système de surveillance des traumatismes (*Injury Surveillance System, ISS*)

Le développement du système Ehlass

Les accidents de la vie courante (AcVC) constituent un problème majeur de santé publique. Ils sont une cause importante de décès, que ce soit dans les pays développés ou dans les pays en voie de développement, et nombre de ces décès apparaissent évitables [1-3]. Cet état de fait a commencé à être reconnu dans les années 70, en particulier en Europe, ce qui a mené à la création du système Ehlass (*European Home and Leisure Accident Surveillance System*) dans les années 80. Lors de la mise en place de ce système, les Etats membres de l'Union européenne étaient dans deux types de situation vis-à-vis de la prévention des AcVC. Un groupe de pays, la majorité, n'avait rien entrepris de concret jusqu'à cette date en matière de prévention et d'épidémiologie ; d'autres pays, en petit nombre avaient déjà commencé à mettre en place un système de collecte de données pour rendre compte de l'importance, de la répartition dans le temps et dans l'espace, des facteurs de risque de survenue des accidents de la vie courante. Des actions de prévention contre les AcVC étaient déjà menées dans ces derniers pays, mais aussi dans certains des pays du premier groupe, en France par exemple. Les travaux publiés au niveau international à la fin des années 70 mettaient clairement en évidence que les AcVC étaient nombreux, souvent graves, et souvent évitables. Il n'était donc pas nécessaire d'attendre la mise en place de recueils épidémiologiques nationaux pour mener des actions de prévention.

La méthodologie retenue pour le recueil Ehlass était celle d'une enquête exhaustive hospitalière, dans chaque pays. En effet, les sources de données sur les AcVC étaient tellement peu nombreuses qu'il paraissait légitime de commencer de cette manière : une enquête descriptive portant sur les AcVC qui étaient en principe les plus graves, puisqu'ils avaient entraîné un recours aux services d'urgence hospitaliers. Pour des raisons de coût, cette enquête a été limitée dans la plupart des pays à quelques hôpitaux. Le fait d'avoir à collecter des données toute l'année de façon exhaustive implique en effet un personnel formé disponible en permanence pour ce recueil. On notera par ailleurs que cette collecte Ehlass a été limitée à la collecte sur les accidents de la vie courante. Les autres traumatismes non intentionnels (accidents de la circulation, accidents du travail), et les traumatismes intentionnels (suicides, tentatives de suicide, agressions, violences, faits de guerre) étaient exclus du recueil.

Les données enregistrées aux urgences pour AcVC dans les hôpitaux participant au recueil concernent la personne accidentée (âge, sexe), sa prise en charge (date et heure d'arrivée aux urgences, traitement, hospitalisation éventuelle), les caractéristiques immédiates 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. Des nomenclatures ont été recommandées au niveau européen (nomenclature dite V86), et un format de données a été spécifié. En revanche, les spécifications de contrôle de qualité des données collectées n'ont pas été fournies. De ce fait, chaque pays était libre d'organiser à sa manière la consolidation de ses données. Les procédures par lesquelles il garantissait la qualité des données n'étaient pas formalisées.

Les subventions de l'Union européenne

Le fait de se conformer à ces spécifications et de s'engager à transmettre les données collectées à l'Union européenne permettait aux Etats membres participant au recueil de toucher une subvention de la part de l'Union européenne. Cette subvention pouvait couvrir jusqu'à 70 % du coût du recueil dans les hôpitaux.

D'un certain point de vue, cette politique européenne a eu un grand succès : une majorité de pays a effectivement débuté le recueil dans ces conditions. Cependant, la mise en œuvre pratique des recueils Ehlass s'est avérée très lourde. Il a fallu assurer la formation initiale et la formation continue des codeurs. L'organisation locale d'une collecte exhaustive et de qualité a été difficile dans chaque hôpital, notamment parce que la subvention a principalement permis de payer les codeurs, mais non les médecins et les autres soignants des urgences qui sont souvent à l'origine des données. Dans une observation médicale d'urgence, on pouvait trouver une partie des données nécessaires, à condition d'avoir le système manuel ou informatique de récupération des données. Des données supplémentaires étaient aussi requises : le « PALM », c'est-à-dire les produits impliqués et/ou liés à l'AcVC, l'activité au moment de l'AcVC, le lieu et le mécanisme de l'AcVC. Dans un contexte de prise en charge en urgence, les médecins et personnels paramédicaux doivent avant tout soigner les accidentés, la collecte des informations PALM est, au sens propre, secondaire.

Absence de possibilités de comparaison

Ces difficultés ont eu diverses conséquences :

- une partie des pays n'a fourni que des données partielles, non exhaustives, mal consolidées, non qualifiées du point de vue des spécifications européennes, avec des délais de remontée importants.

- d'autres pays ont renoncé à réaliser l'enquête dans les formes proposées, renonçant de même à la subvention correspondante. Parmi ceux-ci, certains Etats membres n'ont plus fait de collecte du tout, abandonnant donc ce chantier de la santé publique, au moins sur le plan des enquêtes épidémiologiques. D'autres Etats membres ont réalisé certaines années des enquêtes transversales, pour donner une photographie en population des AcVC dans leurs pays.

Avec cette hétérogénéité de collecte, il n'a pas été possible pour l'Union européenne de donner une vision comparative de la situation vis-à-vis des AcVC dans les différents Etats membres. La mise en commun des données jusqu'au début des années 2000 n'a jamais permis de fiabiliser les comparaisons. Les différences d'un pays à l'autre étaient considérables: non seulement les structures des systèmes de soins, les habitudes de recours aux soins selon les pays, etc. mais aussi les collectes Ehlass. Compte tenu de l'absence d'une procédure de contrôle qualité homogène et scientifiquement validée, il n'a jamais été possible de fiabiliser complètement la base européenne de données sur les traumatismes (*Injury Data Base*, IDB).

Cette situation, reconnue depuis des années, a donné lieu à différentes tentatives de correction dans le cadre du Programme de prévention des blessures (*Injury Prevention Programme*, IPP) jusqu'en 2002, puis du Réseau de prévention des blessures qui lui a fait suite à partir de 2003 (*Injury Prevention Network*, IPN) [4]. Ces tentatives se sont toujours heurtées à la difficulté

majeure de maintenir un recueil permanent dans les hôpitaux, de qualité et d'homogénéité suffisantes dans chaque pays pour permettre des comparaisons internationales. Le coût et l'organisation nécessaires à un tel recueil ont été sous-estimés.

Les évolutions du système ISS

Les changements de nomenclatures ont contribué aux difficultés. Après la V86 est arrivée la V96, puis la V2000, avec les répercussions sur la formation des codeurs, et les conséquences habituelles de rupture de séries nationales. L'adoption d'une nouvelle nomenclature s'est faite à des dates différentes selon les pays. Les données collectées ont également changé de format, jusqu'au format actuel (ISS) en vigueur depuis 2002.

Dès 2000, l'Union européenne a souhaité supprimer les subventions au recueil. La raison invoquée était que l'Europe n'a pas à se substituer aux Etats membres pour la collecte des données, puisque c'est d'abord aux pays de satisfaire à leurs obligations en matière de santé publique et de protection des populations. Dans les discussions qui ont entouré ce changement de cap, il a été fait remarquer qu'en l'absence de toute subvention, il n'y aurait plus aucune possibilité pour l'Europe de coordonner les différents recueils entre eux et d'espérer avoir au final des résultats comparables. Cet argument a été partiellement entendu, et depuis 2003 seulement 5 % du recueil a continué à être financé par l'Union européenne aux Etats membres. Mais il s'agit là d'une faible somme en comparaison des subventions antérieures et du coût réel du recueil. Il en est résulté l'abandon du recueil dans certains pays.

Certains pays ont abandonné le recueil lors de l'arrêt des subventions européennes. D'autres l'ont poursuivi, comme l'Autriche, la Grèce, les Pays-Bas, le Portugal et la France, où le recueil est financé par des fonds publics du Ministère de la santé français. Ces dernières années le recueil français a subi des évolutions importantes, d'une part pour rester compatible avec les spécifications européennes, d'autre part pour répondre au reproche majeur des années antérieures, le manque de fiabilité et en particulier l'impossibilité de rendre compte de résultats représentatifs en population générale. Ce recueil, dénommé EPAC (Enquête permanente sur les accidents de la vie courante) est décrit dans l'annexe III.

Les recueils hospitaliers continus

Le recueil EPAC constitue un bon exemple de recueil hospitalier continu [5]. Il collecte un peu plus de données que les données minimales exigées au niveau européen, en particulier il a l'ambition de rendre compte du « profil social » des accidentés. Il est conçu pour pouvoir recevoir d'autres données, par exemple la gravité des AcVC. Il pourra être étendu aux autres traumatismes, le moment venu et si les moyens le permettent (moyens financiers, organisationnels et techniques). On se reportera à l'annexe V pour la liste des variables requises dans le système ISS (format ISS V2000), et la liste actuelle des variables dans le système EPAC (format EPAC03).

Des analyses de qualité sont effectuées depuis 2002 au moins une fois par an dans chaque hôpital du réseau EPAC afin de garantir et de rendre compte de l'exhaustivité et de la fiabilité du recueil. Des journées sont tirées au sort (au moins une par trimestre) et les dossiers des patients venus aux urgences sont analysés pour décision d'inclusion ou non dans le recueil, et

recodées dans les conditions locales. Chaque analyse donne lieu à un compte rendu adressé à l'hôpital, dans lequel sont précisés notamment les conditions d'accès aux dossiers, l'exhaustivité du recueil sur les journées tirées au sort, le caractère complet et l'exactitude des items. Une méthode spécifique d'estimation des taux d'incidence de survenue des AcVC est en cours de mise en place. Cette méthode utilise les comptes rendus d'hospitalisation collectés par ailleurs dans tous les hôpitaux français, et les taux d'exhaustivité EPAC mesurés lors des analyses de qualité. Elle repose sur l'hypothèse que les fonctions d'attraction des hôpitaux sont semblables, qu'il s'agisse de l'activité des urgences ou de l'activité des hospitalisations. Il a ainsi été possible de fournir des estimations rigoureuses de taux d'incidence, selon cette méthode, à partir du recueil hospitalier continu EPAC [6, 7]. Ce point est essentiel, dans la mesure où c'est une des faiblesses des recueils continus, par rapport aux enquêtes transversales en population, de ne pas fournir habituellement ces estimations d'incidence.

Les enquêtes transversales développées dans le cadre du système ISS

Comme il a été indiqué plus haut, certains pays ont préféré développer des enquêtes transversales en population, plutôt qu'un recueil hospitalier continu. Leur contribution à la base européenne IDB a donc été d'une autre nature que celle des pays qui disposaient de données hospitalières. Dans le cadre de ce projet, on a limité l'analyse de ces recueils à trois pays : l'Allemagne, l'Espagne et le Luxembourg. On trouvera en annexe III des éléments sur la méthode, les variables, les questionnaires, la périodicité, etc. de chacune de ces enquêtes. Les documents sur l'Allemagne, l'Espagne et le Luxembourg ont pu être collectés grâce à divers correspondants dans ces pays.

Autres enquêtes transversales dans le domaine des AcVC

D'autres enquêtes transversales ont été menées dans le domaine des AcVC. Elles ont toutes des points communs, avantages et inconvénients, qui sont également analysés de façon synthétique au chapitre suivant. On trouvera en annexe III le descriptif de certaines de ces enquêtes. Les exemples ont été choisis essentiellement en France, où l'on disposait d'une belle variété de ces enquêtes [9-14]. Ils ont été complétés par un travail effectué pour ce projet par la TNS-Sofres [15, 16], qui est une des grosses entreprises privées effectuant ce type d'enquête sur les sujets les plus divers en France et dans le monde. Une documentation a aussi été rassemblée sur les enquêtes Eurobaromètre qui sont réalisées depuis 30 ans au niveau européen [17-19], et sur les enquêtes préconisées par le *Consumer safety Institute* (CSI) reposant sur un jeu minimal de questions (*Minimum Data Set*, MDS) et portant sur l'ensemble des traumatismes.

La synthèse et la comparaison entre ces éléments est présentée au chapitre suivant. Elles ont finalement permis de proposer une méthode, des variables et des questions pour une enquête – type « standard » ou « de base » exposée ensuite. Cet ensemble doit beaucoup aux contributions des partenaires européens (Autriche, Belgique, Grèce, Portugal) qui ont transmis leurs documents et fait part de leurs critiques constructives en 2003, notamment lors de la réunion organisée en octobre 2003 (voir annexe VI), lors des échanges mails et téléphoniques de l'année 2004, jusqu'à la réunion téléphonique de décembre 2004 (annexe VII).

Comparaison des deux méthodes de recueil :

recueil hospitalier continu et enquête transversale

Contexte

Deux méthodologies de recueil ont coexisté dans le système européen ISS (Injury Surveillance System) pendant de nombreuses années : le recueil hospitalier versus l'enquête transversale auprès des ménages. Actuellement (2004), neuf Etats poursuivent un recueil hospitalier, dont la France. Dans ce chapitre, un point synthétique est fait sur les avantages et inconvénients des deux méthodologies, montrant leur complémentarité de fait.

Avantages et inconvénients du recueil hospitalier

Périmètre du recueil :

Sélection des cas au moment du contact avec le service d'urgence hospitalier. De ce fait certains types d'accidents échappent : les plus graves, qui ont entraîné une mort immédiate, les plus bénins, qui ne nécessitent aucun recours aux soins ou un recours direct aux structures de soins de ville, a priori plus légères (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, etc.).

Données recueillies :

C'est le noyau des 20 variables de base qui constituent le système ISS : données administratives, données sur les circonstances de l'accident, données sur le traumatisme, données sur les produits (voir le format ISS V2000, annexe V).

Avantages :

- Recueil de données médicales effectué par des équipes médicales
- Possibilité de retour à la source de l'information
- Contrôle et suivi des équipes possibles
- Exhaustivité de recueil des accidents avec recours aux services d'urgence
- Absence de biais de mémorisation (biais de rappel) et possibilité d'obtenir des informations détaillées

Inconvénients :

- La représentativité des données, même au niveau hospitalier, n'est pas assurée
- L'exhaustivité du recueil dépend des équipes sur le terrain
- La variabilité inter hôpital du recueil peut être importante
- Au niveau national, ce type de recueil est sujet aux effets de structures du système de soins : accessibilité, attraction, spécialisation des hôpitaux, etc.
- Ce mode de recueil fait que l'on doit limiter le nombre de questions
- Ce mode de recueil est souvent considéré comme coûteux

Par ailleurs, cette méthode est aussi lourde à faire évoluer (pour ajouter des variables, changer les tables de codes), puisqu'il faut modifier toute une chaîne de recueil, de contrôle et d'exploitation des informations dont les acteurs sont très divers et dispersés

Utilisation des données :

Avantages :

- Constitution d'un réservoir de données comportant de nombreux cas d'accidents
- Utilisations multiples : interrogation sur demande précise ou par balayage systématique de la base de cas

- « signalements » possibles de cas atypiques
- possibilité de recours à la base de cas pour confirmer ou non un signalement
- Suivi longitudinal : la mise en place de cohorte peut être envisagée

Inconvénients :

- Construction difficile d'indicateurs épidémiologiques descriptifs nationaux du fait des caractéristiques du recueil (champ partiel, non représentativité, non exhaustivité, etc.)

Fonctionnement :

Avantages :

- Constitution d'un réseau de correspondants et de relais d'information
- Le coût par cas d'accident recueilli est plus faible que dans la méthodologie « enquête »

Inconvénients :

- Ce type de recueil demande un effort continu des équipes en place, ce qui peut entraîner une lassitude et une baisse de qualité
- La gestion administrative d'un réseau de sites de recueil peut être assez lourde

Avantages et inconvénients de l'enquête transversale en population

Périmètre du recueil :

Par une enquête transversale représentative auprès des ménages, on peut théoriquement collecter des informations sur tous les types de traumatismes, y compris les décès et les accidents bénins.

Données recueillies :

La forme du recueil permet de ne pas se limiter au noyau des 20 questions de base, mais aussi d'aborder les questions touchant, par exemple, aux données sociodémographiques (profil social), à la sévérité de l'accident, aux séquelles possibles, etc.

Avantages :

- Le recueil peut concerner tous les types d'accidents
- La représentativité des données est assurée par la méthode
- On peut introduire des questions spécifiques sur les caractéristiques personnelles (données sociodémographiques, etc.) ou celles de l'accident (causes, sévérité, séquelles, etc.)
- Contrôle centralisé du travail de recueil de l'information
- Le recueil est homogène
- On peut facilement adapter le recueil pour explorer des thèmes particuliers

Inconvénients :

- L'enquête par téléphone peut conduire à des biais de recrutement (sous représentation des personnes âgées, processus d'auto-sélection : les ménages dans lesquels se sont produits des accidents sont plus disponibles pour participer au sondage que les autres ménages)
- L'enquête par interview sur des événements passés induit des biais de mémorisation qui peuvent être importants (les accidents bénins sont facilement oubliés, par exemple)
- Recueil de données médicales par un personnel non spécialisé
- Pas de possibilité de retour à la source de l'information et possibilité de biais selon la personne interrogée

- Difficulté à prendre en compte la saisonnalité, ainsi que les accidents de groupes particuliers (jeunes, personnes âgées)

Utilisation des données :

Avantages :

- Construction simple d'indicateurs épidémiologiques descriptifs nationaux
- Croisement des informations de base avec les autres variables collectées

Inconvénients :

- Information sur un très petit nombre d'accidents (environ 1 accident pour 10 interviewés) : pas de constitution d'un réservoir de nombreux cas d'accidents, pas d'interrogation possible sur demande précise ou de balayage systématique d'une base de cas
- Pas de possibilité de signalement ou d'alerte
- Information ponctuelle, pas de suivi longitudinal
- Les accidents rares échappent par construction (selon le taux de sondage)

Fonctionnement :

Avantages :

- La gestion administrative est limitée au temps de l'enquête et est généralement sous-traitée à un organisme extérieur

Inconvénients :

- Pas de constitution d'un réseau de correspondants et de relais d'information
- Le coût par cas d'accident recueilli est plus élevé que dans le recueil hospitalier

Tableau de comparaison :

La synthèse des avantages et inconvénients des deux méthodologies peut être faite dans le tableau de comparaison suivant :

	Enquête transversale	Recueil hospitalier
Méthodologie		
Périmètre du recueil	++	+
Représentativité des données	+++	+
Exhaustivité	+++	++
Effet de structure du système de soins	0	--
Variation des pratiques entre équipes	0	--
Suivi des équipes de recueil	+	++
Biais de mémorisation	---	0
Nombre des questions et adaptabilité	+++	+
Questions socio-démo., séquelles,... possibles	++	0
Recueil des données par équipe médicale	0	++
Retour possible à la source de l'information	0	+
Précisions et caractéristiques particulières	+	++
Utilisation		
Constitution d'une base de cas	+	+++
Construction d'indicateurs	+++	+
Suivi permanent des accidents	0	++
Signalement et alerte possibles	0	+
Informations sur les accidents rares	0	++
Fonctionnement		
Constitution d'un réseau de correspondants	0	++
Effort continu des équipes	0	--
Gestion administrative du recueil	-	---
Coût du recueil par cas	---	-

La complémentarité des deux méthodologies

Les deux méthodologies ont donc des objectifs et des caractéristiques très différents. Elles ne sont pas substituables l'une à l'autre, mais complémentaires. Pour mieux rendre compte de cette complémentarité, on peut définir différents « **niveaux d'efficacité** » **du système d'information dans le domaine des AcVC**. On peut en effet reconnaître différentes approches de la connaissance dans ce domaine :

L'approche macro-accidentologique

La méthodologie par enquête ne permettra de recueillir des informations que, au mieux, sur quelques centaines d'accidents par pays. Mais elle fournit une vision globale de l'ensemble des accidents, en permettant des calculs de taux d'incidence et une approche sociodémographique des populations à risque : c'est l'approche macro-accidentologique.

L'approche micro-accidentologique

La méthodologie par recueil continu dans les services hospitaliers d'urgence permet de disposer de plusieurs dizaines de milliers de données sur les accidents. La collecte des données en milieu hospitalier permet de disposer, en principe, de données médicalement fiables sur les

accidentés. Ce recueil d'informations va ainsi permettre de connaître et de repérer les populations, les situations, les comportements ou les produits à risque en rapport avec la survenue de lésions précises : c'est l'approche micro-accidentologique.

L'approche pico-accidentologique

Dans une approche de repérage des produits à risque, il importe généralement peu de connaître l'incidence exacte. Le nombre absolu de survenue d'un accident où est impliqué un produit particulier (et non sa fréquence relative) et sa gravité suffit à décider de la dangerosité potentielle d'un produit (exemple : les aérosols, les caddies, etc.). Il importe peu de savoir que tel produit représente 0,00X % ou 0,00Y % d'un ensemble représentatif d'accidents. Il suffit de savoir qu'il est à l'origine d'au moins N accidents graves répertoriés pour justifier une réflexion, une étude approfondie, puis, par exemple une éventuelle évolution des normes de production ou d'utilisation. Il est évident qu'avec l'une ou l'autre des deux méthodologies étudiées dans le cadre de ce projet, on ne pourra pas connaître avec certitude les accidents très rares, survenus, par exemple, avec des produits précis (une marque commerciale, un numéro de série dans une production donnée, etc.). Dans ce cas, l'épidémiologie est de peu de secours, et ce seront généralement des études spécifiques, cas par cas, qui satisferont la demande d'information.

Le niveau d'efficacité d'un système d'information (SI) pourra être déterminé suivant l'approche et la méthodologie utilisée :

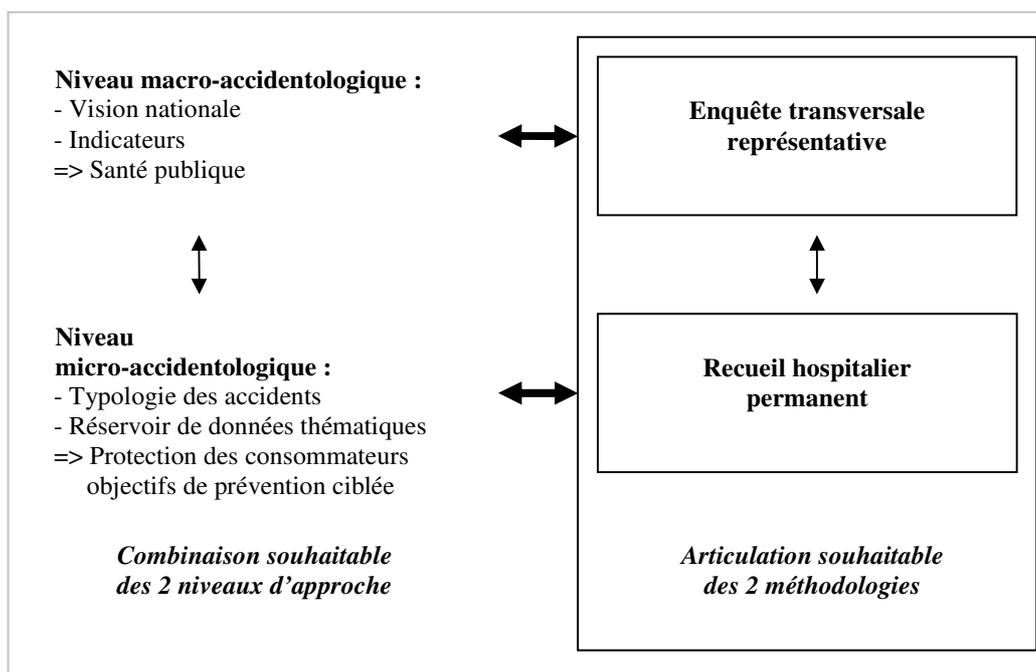
Niveau d'efficacité du SI selon l'approche :	Recueil par enquête transversale	Recueil dans les services hospitaliers
Macro-accidentologique	Elevé	Faible
Micro-accidentologique	Faible	Elevé
Pico-accidentologique	Très faible	Faible

En définitive, les deux affirmations suivantes sont intéressantes :

- (1) de façon fiable (dans le rapport espagnol, [20]) le nombre d'accidents de la vie courante est estimé pour l'année 2002 est de 2 013 000 en Espagne, dont 44,2 % de chutes,
- (2) il y a eu 142 accidents en 2001 où sont impliqués des *caddies* (sur 41 470 observations recueillies en France en 2001, [21]), dont 120 (84 %) concernent des chutes d'enfants de moins de 5 ans entraînant plus de 20 traumatismes crâniens signalés explicitement. Ces informations pourraient inciter à examiner de façon plus approfondie le comportement des adultes et/ou la stabilité de ces engins.

Les deux affirmations sont intéressantes, mais non équivalentes, et encore une fois non substituables. Elles correspondent à deux angles de vue de la prévention des accidents de la vie courante. Le coordinateur du système ISS français (système EPAC : Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante) ne peut énoncer une information de type (1), étant donné que le recueil n'est pas représentatif en France (sauf méthode particulièrement sophistiquée de calcul des incidences [6, 7]) ; le coordinateur espagnol ne peut énoncer une affirmation de type (2) : étant donné le faible nombre d'accidents de caddies, on doit s'attendre à ce qu'ils n'apparaissent pas dans l'enquête transversale espagnole. Dans une optique de repérage des produits à risque et de prévention ciblée, l'approche de type (2) semble plus adéquate, dans une optique de chiffrage épidémiologique des accidents, c'est l'approche de type (1).

On comprend dès lors que l'enquête transversale représentative, qui nous permet d'avoir des informations de type macro-accidentologique (très utile pour construire des indicateurs pertinents en santé publique) et le recueil hospitalier, qui nous permet d'avoir une vision micro-accidentologique (très utile pour déterminer une typologie des accidents, mener des études thématiques et préparer des actions de prévention spécifique en vue de renforcer la sécurité des consommateurs), sont complémentaires. L'articulation des 2 méthodologies au sein d'un même dispositif permet de profiter pleinement de leurs avantages respectifs, comme l'indique le schéma suivant :



Pour profiter pleinement de cette articulation, on peut recommander la démarche suivante :

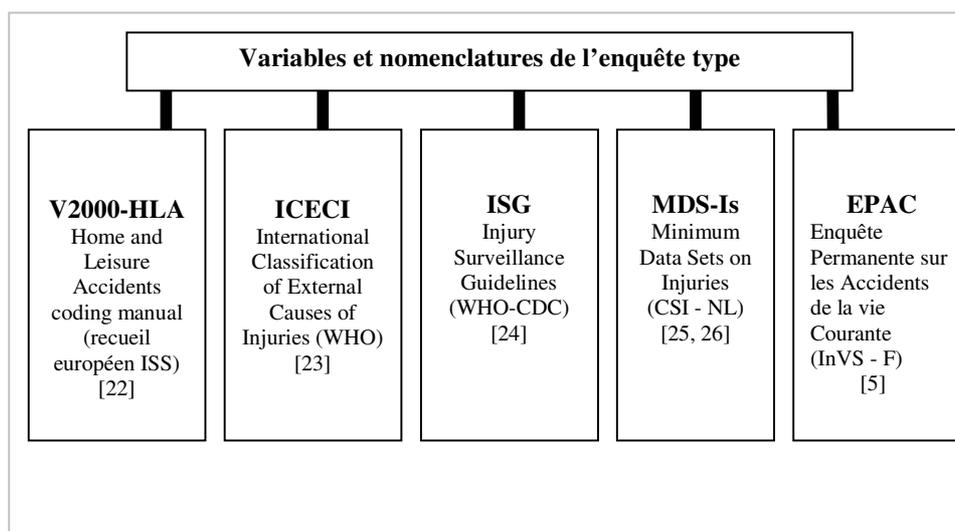
- 1 - Coexistence des deux modes de recueil dans un dispositif de suivi des traumatismes, avec un recueil hospitalier permanent et une enquête représentative périodique complémentaire (de périodicité à discuter, probablement une fois tous les 2 à 4 ans)**
- 2 - Harmonisation des 2 méthodologies avec l'utilisation d'un noyau commun de questions et des nomenclatures communes**
- 3 - Possibilité de croiser les données issues des deux recueils, le recueil hospitalier et les enquêtes transversales**

Dans le chapitre suivant seront faites des recommandations pour le choix des variables, des questions et des méthodes de l'enquête-type transversale devant fournir des résultats complémentaires comparables à ceux des recueils hospitaliers.

Proposition pour l'enquête type

1 - Variables, formats et nomenclatures

Le choix des variables et des nomenclatures de l'enquête type a été fondé sur des éléments issus de cinq sources principales :



Procédure et critères de choix des variables et des nomenclatures

Choisir des variables et des nomenclatures permettant une articulation avec le système de recueil existant ISS dans le codage actuel V2000 implique de reprendre le noyau commun du système de codage ISS en privilégiant les variables et les nomenclatures qui sont actuellement utilisées dans ce système. Une réflexion s'impose pour compléter ce noyau de variables par des variables « utiles » dans une optique d'information épidémiologique et de prévention ciblées.

D'autres critères de choix sont intervenus : quand un choix est possible entre plusieurs nomenclatures pour une variable qui n'existait pas dans le codage ISS, on a choisi en priorité une nomenclature de niveau international (ICECI ou ISG-WHO), puis les systèmes de nomenclatures nationaux (MDS-Is ou EPAC). Pour certaines variables nouvelles (statut vis-à-vis de l'emploi, par exemple), un seul système de codage a été disponible dans le cadre de ce travail (codage utilisé dans EPAC).

Le tableau de la page suivante résume une première tentative d'établir une liste de variables à proposer, soit comme variables obligatoires (en caractères gras) soit comme variables considérées a priori comme optionnelles (en caractères maigres). Sont indiqués : l'appartenance ou non de la variable proposée au codage actuel ISS V2000 ; un bref commentaire sur l'utilité de la variable ; le type de la variable (numérique ou alphanumérique et son nombre de caractères) ; la nomenclature préconisée parmi les nomenclatures disponibles.

Liste des variables possibles et des nomenclatures préconisées dans l'enquête type

Variables possibles	ISS	Commentaires	Nb car. Format	Nomen- clatures
Country of collection	X	Permet d'identifier le pays d'origine du cas dans une perspective européenne	2 car. Num	ISO
Date of collection		Date du recueil de l'information	8 car. YYYYMMDD	sans
Identifier	X	Zone d'aide à la gestion des cas recueillis (problème des doubles). Doit cependant préserver l'anonymat.	10 car. alphanum.	sans
Intent/Type of injury		Permettrait d'identifier le type de traumatisme non intentionnel ??	2 car. Num	ICECI
Age injured person	X	Variable de base pour la caractérisation de la victime	3 car. YYY	sans
Sex injured person	X	Variable de base pour la caractérisation de la victime	1 car.	1-M, 2-F
Activity	X	Variable de base de caractérisation de l'accident	2 car. Num	V2000
Date of injury	X	Date de survenue de l'accident	8 car. YYYYMMDD	Sans
Time of injury		Heure de survenue de l'accident	2 car.HH	Sans
Date of the contact with a care service	X	Date pivot du recours aux soins (pharmacien, médecin, service d'urgence, etc.)	8 car. YYYYMMDD	Sans
Time of attendance	X	Heure du recours aux soins	2 car.HH	Sans
Type of contact		Caractérise le type du premier recours aux soins	2 car. Num	Irdes
Place of occurrence	X	Variable de base pour la caractérisation de l'accident	2 car. Num	V2000
	X	Variable de base pour la caractérisation du traumatisme	2x2 car. Num	V2000
Body part injured	X	Variable de base pour la caractérisation du traumatisme	2x2 car. Num	V2000
Mechanism	X	Variable de base pour la caractérisation de l'accident	2 car. Num	V2000
Sports	X	Variable de base pour la caractérisation de l'accident	3 car.	V2000
Follow-up/ Treatment/ disposition	X	Variable caractérisant les conséquences du traumatisme	1 car. NUM	V2000
Length of stay	X	Variable caractérisant les conséquences du traumatisme en cas d'hospitalisation	3 car. DDD	Sans règles
Discharge status		Variable décrivant précisément l'état à la sortie de l'hôpital	1 car. NUM	1-Viv 2-Dcd 9-Nsp
Severity (objective)		Variable caractérisant la gravité du traumatisme Mesure clinique de la sévérité initiale	2x1 car. NUM	AIS
Severity (subjective)		Variable caractérisant la gravité du traumatisme Appréciation subjective de la sévérité par l'accidenté.	2x1 car. NUM	sans
Country of residence		Permet d'identifier le pays de résidence et donc de distinguer les touristes	2 car. NUM	ISO
Level of formation		Permet d'avoir des informations sur le niveau de formation de la victime (> 16 ans)	1 car. NUM	EPAC

Employment status of injured person		Permet d'avoir des informations sur la situation de l'emploi de la victime (> 16 ans)	1 car. NUM	EPAC
Profession of injured person		Permet d'avoir des informations sur la profession de la victime (> 16 ans)	1 car. NUM	EPAC
Level of education of the legal guardian 1		Permet d'avoir des informations sur le niveau de formation du responsable légal 1 (si victime <17 ans)	1 car. NUM	EPAC
Employment status of the legal guardian 1		Permet d'avoir des informations sur la situation d'emploi du responsable légal 1 (si victime <17 ans)	1 car. NUM	EPAC
Profession of the legal guardian 1		Permet d'avoir des informations sur la profession du responsable légal 1 (si victime < 17 ans)	1 car. NUM	EPAC
Level of education of the legal guardian 2		Permet d'avoir des informations sur le niveau de formation du responsable légal 2 (si victime <17 ans)	1 car. NUM	EPAC
Employment status of the legal guardian 2		Permet d'avoir des informations sur la situation d'emploi du responsable légal 2 (si victime < 17 ans)	1 car. NUM	EPAC
Profession of the legal guardian 2		Permet d'avoir des informations sur la profession du responsable légal 2 (si victime < 17 ans)	1 car. NUM	EPAC
Alcohol use		Suspicion ou abus avéré d'alcool avant l'accident par la Victime ou une Autre personne impliquée dans l'accident	1 car. NUM	<u>1-SuspV</u> <u>2-SuspA</u> <u>9-No inf</u>
Other psycho. subst. use		Suspicion ou utilisation avérée de substance psychoactive, légale ou illégale avant l'accident par la Victime ou une Autre personne impliquée ds l'ac.	1 car. NUM	<u>1-SuspV</u> <u>2-SuspA</u> <u>9-No inf</u>
Mode of transport of injured person		Permettrait une extension de l'enquête aux accidents de la circulation	1 car. NUM	MDS-Is
Prod. involved in the acc.	X	Permet de repérer les produits impliqués dans l'accident, s'il y a lieu (approche sécurité des consommateurs)	5 car. NUM	V2000
Prod causing the injury	X	Permet de repérer les produits ayant causé la lésion (approche sécurité des consommateurs)	5 car. NUM	V2000
Other product	X	Dans le cas (rare) où un 3ème produit est impliqué dans l'accident	5 car. NUM	V2000
Narrative (circumstances)	X	Très utile pour : 1- sélectionner les cas en utilisant les mots clés du texte libre (ex : bouchon de champagne – il n'y a pas de code produit spécifique) 2- avoir une description plus détaillée des circonstances de l'accident. Texte structuré en PALM : produits – activité – lieu - mécanisme	120 car. alphanum	sans
Narrative (products)		Dans le cas où la cause de l'accident peut être un produit, cette zone permet de décrire précisément le type de produit (identification : marque commerciale, etc.) et/ou la cause de l'accident (mauvaise utilisation, défaut d'information, etc.)	120 car. alphanum	sans

Les nomenclatures V2000 sont disponibles référence [22]. Les nomenclatures EPAC pour le niveau d'études, la situation vis-à-vis de l'emploi et la profession sont reproduites en annexe IX et disponibles référence [5]. Les nomenclatures ICECI sont disponibles référence [23]. Les caractéristiques de MDS-Is sont disponibles références [25, 26]. La liste Irdes des types de contacts est disponible référence [8]. La classification AIS est disponible référence [27]. La mesure clinique de la sévérité initiale peut reposer sur les échelles AIS utilisées en accidentologie routière, ou d'autres échelles cliniques ; ces échelles peuvent avoir à être adaptées aux accidentés de la vie courante. L'appréciation subjective par la personne accidentée de la sévérité peut être enregistrée par la réponse à la question : dans les 48 heures qui ont suivi cet accident, avez-vous été limité dans vos activités ? avec trois réponses possibles : non ; oui, limité ; oui, sévèrement limité.

Proposition pour l'enquête type (suite)

2 - Méthodologie

Type d'enquête

Pour connaître la prévalence des accidents de la vie courante, il faut recourir à une enquête *représentative* : sélection d'une petite partie de la population présentant les mêmes caractéristiques que la population globale, au regard de certaines variables (les variables « de contrôle »), permettant d'obtenir des données aussi fiables, plus rapidement et à moindre coût.

Dans ce contexte, la méthode de l'enquête téléphonique est à la fois la plus répandue et la plus facile à mettre en œuvre. Elle consisterait à interroger par téléphone les personnes sur les accidents de la vie courante survenue « dans les derniers mois » (« en déclaratif spontané », puis en « déclaratif assisté »). Les autres méthodes d'enquête (en face-à-face et en auto-administré) sont difficilement envisageables, soit pour des raisons de coût et de délais (en face-à-face), soit en raison du faible taux de réponse prévisible (en auto-administré par enquête postale).

Les avantages de l'enquête téléphonique sont les suivants (inspiré de [11]) :

- existence et qualité relativement bonne de la base de sondage (l'annuaire téléphonique)
- taux de participation prévisible correct, surtout si l'interviewé potentiel est prévenu par une lettre d'information avant le contact
- gestion automatisée du déroulement des interviews (méthode CATI : Computer Assisted Telephone Interview).
- absence physique de l'enquêteur pouvant influencer les réponses
- contrôle de l'administration du questionnaire et du déroulement de l'enquête
- possibilité d'interroger des personnes en difficulté avec l'écriture et la lecture

Les inconvénients de cette méthode d'enquête sont :

- la couverture de la base de sondage « annuaire » se dégrade avec le développement du téléphone portable sans abonnement fixe (et en France avec la fin du monopole public de gestion du téléphone). En 2000, 5% de la population n'avait pas de téléphone fixe. Il y a environ 23% des abonnés sur « liste rouge », c'est-à-dire dont les numéros ne sont pas accessibles par l'annuaire téléphonique. Les profils sociodémographiques des personnes qui n'ont pas de ligne fixe, ou qui souhaitent être sur liste rouge ne sont pas homogènes avec ceux de la population générale. Ces enquêtes téléphoniques ont donc des biais de recrutement (absence de ligne fixe, liste rouge, mais aussi personnes difficilement joignables, car en institution, personnes sans domicile personnel, etc.) dont il faut tenir et qu'il faut corriger, soit par des surreprésentations de certains groupes dans l'échantillon tiré au sort, soit par redressement après réalisation de l'enquête, soit par la réalisation d'enquêtes complémentaires.
- d'autres biais sont à noter : des biais de déclaration, comme dans toute enquête déclarative (propension du sujet interrogé à cacher ou à déformer, volontairement ou non certaines informations). Des biais spécifiques de mémorisation concernent les

répondant indirects, lorsque l'on demande à l'interviewé des informations se rapportant à d'autres membres du ménage. Des biais de mémorisation surviennent en fonction de la période sur laquelle la personne est interrogée, la « période de rappel » (*recall period*). Ils dépendent aussi de la gravité de l'accident éventuel. Quel délai doit-on choisir ? La période sur laquelle les personnes doivent comptabiliser leur AcVC est variable d'une enquête à une autre et entraîne un biais de mémorisation qui varie en conséquence : plus cette période est courte, plus le nombre d'accidents déclarés est grand [28]. Quelques études peu nombreuses ont chiffré la diminution du taux de réponse avec l'augmentation de la période faisant l'objet de l'enquête. Une étude réalisée au Ghana [29] a montré que le taux d'incidence annuel des accidents (tous accidents confondus) avait diminué de 72 % : le taux d'incidence annuel d'accidents était de 27,6 % par an sur une période de rappel d'un mois et de 7,6 % par an sur une période de rappel de 12 mois. Une autre étude auprès d'enfants et d'adolescents aux Etats Unis [30] donne une diminution des taux d'incidence annuels des accidents, lorsqu'on passe d'une période de rappel de un mois à un an, de 24,4 % à 14,7 % par an, soit une diminution de 40 % ; une enquête en Tanzanie sur un échantillon regroupant tous les âges fournit une décroissance du même ordre, de 7,2 % à 3,3 % [31]. Ces analyses montrent aussi que la variation diminue selon le degré de sévérité de l'accident : une durée rétrospective d'un an reste appropriée pour les accidents les plus graves tandis que les accidents moins graves ne sont rapportés que lorsque la période d'enquête est limitée à trois mois.

- certaines études montrent qu'il existe un autre biais, le 'biais de chevauchement' (*telescoping bias*), résultant du fait que les enquêtés auraient tendance à rapprocher la date d'un accident par rapport à la date d'enquête [28]. Les personnes déclarent ainsi des accidents qui ont eu lieu en réalité avant la période faisant l'objet de l'enquête, en particulier lorsque la période est courte. Le 'biais de chevauchement' est d'autant plus important que les accidents déclarés sont graves. Pour limiter l'influence de ce biais, il est recommandé de recourir à des périodes de 1 à 3 mois [28]. Outre l'intérêt d'avoir des échantillons de grande taille, une méthode conseillée pour avoir une meilleure estimation des taux d'incidence annuels des accidents est d'interroger les personnes au moins deux fois lors de l'enquête [29].

- le dénombrement des accidents de la vie courante dans ce type d'enquête est compliqué par la difficulté des enquêtés à comprendre la définition des accidents de la vie courante. Certains accidents du travail ou accidents de la circulation sont susceptibles d'être déclarés comme accidents de la vie courante (et inversement), lorsqu'on ne pose pas la question explicitement [10], ce qui dans ce cas alourdit l'enquête.

- Il existe une certaine variabilité saisonnière des AcVC, estimée par exemple dans l'enquête EPAC [21]: le rapport entre les proportions trimestrielles d'AcVC la plus élevée (au printemps) et la moins élevée (en hiver) y est égal à 1,2. Pour tenir compte d'une certaine saisonnalité des pathologies ou des accidents, il faut envisager de faire les enquêtes en plusieurs vagues espacées de quelques mois.

Les caractéristiques de cette enquête téléphonique, dérivées de diverses enquêtes téléphoniques déjà réalisées par le passé [8, 11-13, 16], pourraient être les suivantes :

Population

Enquête par téléphone auprès d'un échantillon représentatif d'interviewés de 15 à 74 ans, parlant la langue du pays où se déroule l'enquête, sans distinction de nationalité et présents sur le territoire du pays au moment de l'étude. Les questions de l'enquête se rapportent à l'ensemble du ménage (ensemble des personnes vivant au même domicile).

En ce qui concerne la limite d'âge inférieure : les accidents concernant les enfants de moins de 15 ans sont rapportés indirectement par la personne interviewée, pour éviter les biais de compréhension sur certains items (ex : lésion, partie du corps lésée, etc.).

En ce qui concerne la limite d'âge supérieure : une investigation par téléphone au domicile principal des individus peut ne pas être représentative des populations âgées (fréquents séjours hospitaliers, en maisons de retraite, etc.). D'autre part, les problèmes de méfiance, de désintérêt et les problèmes physiques (audition défectueuse) conduisent à limiter à moins de 75 ans l'âge d'inclusion dans l'enquête. Pour compenser la sous-estimation des accidents de personnes très âgées en institution, un recrutement spécifique et un interview face à face (et non téléphonique) sont à prévoir.

Tirage au sort :

L'enquête transversale serait réalisée sur une population dans laquelle un échantillon représentatif de ménages serait tiré au sort. L'enquête par sondage peut être réalisée selon deux méthodes : probabiliste par tirage au sort ; empirique par la méthode des quotas.

L'enquête proposée repose sur un sondage à deux degrés, à probabilités inégales :

- 1^{er} degré : tirage au sort des ménages
- 2^{ème} degré : tirage au sort d'un individu dans le ménage parmi les sujets éligibles.

Taille de l'échantillon :

Compte tenu d'un taux d'incidence approximatif des accidents de la vie courante estimé autour de 10 % et de la volonté de pouvoir « redresser » les résultats du recueil hospitalier européen IDB par les résultats de cette enquête, en utilisant les descripteurs :

- Age (en 4 classes)
- Sexe (en 2 classes)
- Activité (en 5 classes)

On prévoit $4 \times 2 \times 5 = 40$ sous-groupes d'un effectif minimum de 50 victimes, soit 2 000 victimes. Compte tenu d'un taux d'accidents de 10 %, ceci implique qu'il faut obtenir les réponses de $2000 \times (1/0,10) = 20\ 000$ individus, soit d'environ 6000 ménages au minimum. On sait par ailleurs qu'il y a un grand écart entre les ménages « contactés » et les ménages « répondants », dans un rapport de l'ordre du tiers dans les enquêtes passées. La base de sondage devra contenir de l'ordre de 20 000 ménages. Cet ordre de grandeur correspond à celui qui a été appliqué dans l'Enquête Santé et Protection Sociale ([8] et annexe III). Cette approche ne prend pas en compte la taille de la population nationale. On peut considérer qu'elle vaut pour les Etats membres de 40 à 80 millions d'habitants. Pour les autres, dont la population est souvent très inférieure, la taille de l'échantillon pourra être un peu réduite. On ne peut pas descendre en dessous d'un échantillon minimum de 1500 ménages pour obtenir des résultats avec un degré suffisant de précision.

Degré de précision :

Taille de l'échantillon	1500	6000
Pourcentage fictif	10,0%	10,0%
Précision	0,015*	0,008
Intervalle de confiance	8,5-11,5	9,2-10,8

$$* = 2 \times (0,10 \times (1 - 0,10) / 1500)^{1/2}$$

Autres caractéristiques :

Base d'adresse : l'annuaire téléphonique.

Prévoir une procédure pour joindre les ménages sur « liste rouge », et une procédure de gestion des non réponses.

Sélection du répondant de chaque ménage par la méthode de la prochaine date anniversaire.

Vérification du poids des différentes variables sociodémographiques avant et après redressement. Ce redressement sera effectué avec une base de structure de population la plus récente

Pour éviter des réponses trop marquées par la saisonnalité de survenue des accidents, on doit proposer de réaliser l'enquête en deux vagues, définies alternativement : une enquête comporterait deux vagues en printemps et en automne, l'enquête suivante comporterait deux vagues, en hiver et en été.

Périodicité souhaitable :

Dans une perspective d'articulation entre l'enquête type nationale et le recueil hospitalier permanent, il y a un arbitrage méthodologique et financier à faire entre le nombre d'hôpitaux présents dans le recueil permanent IDB et le coût et l'utilité de l'enquête type nationale. La nécessité de suivre l'évolution de la prévalence et des principales caractéristiques des accidents est un autre paramètre à prendre en compte.

Les exemples montrent qu'une périodicité d'enquête annuelle lasse les intervenants, ne fournit que peu de résultats évolutifs originaux d'une année sur l'autre, et a finalement un coût élevé [32]. A l'inverse, l'enquête décennale [12, 13] souffre d'un délai entre réalisation, 10 ans, clairement trop élevé. Il résulte de ces diverses expériences et des discussions avec les partenaires du projet que la périodicité souhaitable d'une telle enquête se situe entre 2 et 4 ans. Une enquête réalisée tous les 2 ans conviendrait aux pays « actifs » dans le domaine ; l'enquête réalisée tous les 4 ans devant de toute façon s'imposer comme un minimum incontournable à l'ensemble des Etats membres.

Proposition pour l'enquête type (suite)

3 - Questionnaire

3.1 - Généralités sur le questionnaire

Quels que soient sa forme, sa longueur, son contenu, le questionnaire doit permettre d'assurer :

- la prise de contact avec la personne enquêtée,
- son identification,
- le recueil des caractéristiques du ou des accidents qu'elle a subis sur la « période de rappel » (*recall period*).

La partie **Prise de contact** doit d'une part valider la participation de la personne sélectionnée à l'enquête (ou qualifier sa non-participation en fournissant les raisons de son exclusion) ; d'autre part amorcer le dialogue avec la personne, en suscitant sa motivation à participer à l'enquête. Dans ce contexte, la personne doit recevoir et s'approprier les informations sur les organismes responsables de l'enquête, le caractère légitime et la légalité de l'enquête, la conformité de l'enquête avec les règles éthiques en vigueur, son droit de refuser de participer à l'enquête, de corriger les informations qu'il aura fournies, d'accéder aux données indirectement nominatives qui le concernent, son droit à être informé des résultats de l'enquête.

L'ensemble de ces éléments fait partie de toute enquête de ce type. Ce qui est particulier dans la présente enquête, c'est la nécessité de bien se faire comprendre de la personne enquêtée sur les définitions : elle doit, avant de répondre, être correctement informée par ce que l'on entend par accident de la vie courante (ou par traumatisme, si l'enquête est généralisée à l'ensemble des traumatismes). Il est donc impératif de fournir à l'enquêté une définition claire des accidents, qui lui permette de distinguer entre accidents de la vie courante et accidents de la circulation ou accidents du travail, etc.

Il faut également être clair vis-à-vis de la personne interrogée sur la période de rappel sur laquelle portent les questions auxquelles elle va répondre. Diverses études ont montré que les biais de mémorisation étaient importants dès que les périodes de rappel dépassaient quelques mois. Indépendamment du fait que ce point est un argument pour construire l'enquête sur une période de rappel courte (voir paragraphe méthodologie ci-dessus), il importe que la mise en œuvre pratique de l'enquête minimise ce risque de biais, et le rende le plus possible homogène d'une personne enquêtée à l'autre.

Les personnes chargées de l'interview doivent être formées et entraînées sur la manière de poser les questions et de collecter les réponses. Il faut en effet garantir autant que possible la précision et l'homogénéité des réponses. Les interviewers devront notamment maîtriser l'usage des nomenclatures de codage.

La partie **Identification** a pour finalité de décrire les caractéristiques de l'interviewé et du ménage (sexe, âge, profession, composition du ménage, etc.). Classiquement, différentes difficultés surviennent dans cette partie. Si l'âge et le sexe ne posent guère de problème, la composition du ménage peut être difficile à décrire, et l'accessibilité pour l'enquête de telle ou telle personne du ménage n'est pas toujours aisée. Le « profil social » des enquêtés comporte trois niveaux d'information : le niveau maximum atteint d'études, la catégorie d'emploi, et le fait ou non d'occuper actuellement un emploi. Ces informations sont parfois difficiles à obtenir. Elles peuvent paraître indiscretes ; dans le cas des enfants elles doivent concerner chacun des responsables légaux de l'enfant (père et mère, souvent) ; les personnes âgées veuves, souvent des femmes n'ayant pas travaillé, doivent fournir des informations sur leur mari décédé depuis des années, etc. Par ailleurs, ce sont les adultes qui doivent répondre à la place des enfants trop jeunes, et on sait que ceci entraîne des sous-déclarations d'autant plus marquées que les accidents des enfants sont moins sévères et plus éloignés dans le temps [33].

La partie **Accident** décrit les caractéristiques du ou des accidents survenus. La liste des items à recueillir est classique : le mécanisme de l'accident, l'activité au moment de l'accident, les produits impliqués, le type de lésion et la partie lésée, etc. On retrouve toujours les mêmes items dans ce type d'enquête (voir en annexe différents exemples en France et en Europe de questionnaires). La difficulté provient ici du fait des formulations utilisées pour poser les questions et des nomenclatures dans lesquels on va finalement recueillir et coder les informations obtenues de la personne enquêtée.

Les formulations peuvent être très variées : chaque enquête, pour ainsi dire, a sa formulation propre. Un des enjeux du présent projet est probablement de proposer une formulation qui puisse être adoptée par l'ensemble des pays européens, non parce qu'elle serait meilleure qu'une autre, mais parce qu'il est important pour l'Europe de disposer d'une formulation commune, pour permettre des comparaisons de résultats valides. Or parce qu'il n'y a pas de divergence sur les contenus, il peut y avoir convergence sur la formulation des questions. En somme, toute formulation est valide, en ce sens qu'elle recouvre le même contenu partout. Un parti pris a été fait ici de proposer les formulations les plus simples possibles pour chaque item.

Les nomenclatures posent en partie le même problème. Pour les accidents de la vie courante, différentes nomenclatures peuvent exister, pour l'enregistrement et le codage des mécanismes, produits, lésions, etc. Mais là non plus il n'y a pas de divergence sur le fond, et le parti a été pris ici de proposer de garder les nomenclatures les plus répandues, utilisées actuellement au niveau européen pour les recueils IDB, les nomenclatures V2000. Cette position a l'avantage de permettre une mise en œuvre de l'enquête sans attendre la mise en place d'une nouvelle nomenclature. Une deuxième difficulté concerne l'usage des nomenclatures : comme indiqué plus haut, il y a lieu de prévoir une solide formation des enquêteurs à leur usage (comme à l'ensemble du domaine des traumatismes et des accidents de la vie courante). Ainsi lorsqu'un enquêteur demandera un type de lésion, ou un lieu d'accident, par exemple, il devra avoir présent à l'esprit les différentes catégories de réponses prévues dans les nomenclatures pour les utiliser et coder directement dans la nomenclature la réponse de la personne interrogée. Ceci vaut notamment pour les réponses sur les produits, dont la nomenclature V2000 est sans doute la plus fournie : si un produit impliqué dans l'accident, cité par l'enquêté, ne se trouve pas directement dans la nomenclature, il faut que l'enquêteur en trouve l'équivalent en cours d'interview, au besoin en demandant des précisions sur le produit à la personne interrogée.

3.2 – Elaboration du questionnaire

Les étapes décrites précédemment dans le rapport ont permis de colliger un grand nombre de documents bibliographiques concernant les pratiques d'enquêtes sur les accidents de la vie courante. Elles ont notamment mis à notre disposition de nombreux questionnaires appliqués dans des contextes divers, surtout en Europe. L'intégration intellectuelle et la maturation sur ces différentes approches, toutes intéressantes et légitimes dans les contextes où elles ont été développées, ont constitué une part importante du travail de ce projet. Les partenaires du projet ont permis la transmission de documents difficilement accessibles (car relevant de la littérature grise le plus souvent), essentiels pour le déroulement du projet. Les contacts avec les partenaires ont aussi permis de partager différents points de vue pour la constitution d'un questionnaire commun. Ces réflexions se sont déroulées jusqu'en novembre 2004. A cette date deux documents clés ont été transmis aux partenaires, reproduits en annexe VIII :

- une double liste d'items proposés pour une enquête transversale type (*cross sectional survey*, CSS). Une liste de base, composée d'items jugés a priori « inévitables » dans toute enquête transversale sur les accidents de la vie courante ayant pour objectif de produire des résultats comparables entre pays et avec un recueil hospitalier continu. Une seconde liste composée d'items également intéressants, que l'on proposait de retenir pour une enquête plus ambitieuse, élargie, pour laquelle on disposerait de moyens plus importants.
- Une proposition de formulation pour chaque item des deux listes précédentes, respectant le parti pris de simplicité décrit ci-dessus.

Les partenaires ont été invités à faire toutes remarques sur ces deux documents, dans le contexte de leur utilisation pour une enquête transversale commune à plusieurs pays européens, sur les accidents de la vie courante, avec une méthodologie type telle que décrite précédemment, et utilisant des nomenclatures communes internationales comme la V2000 en cours dans les recueils hospitaliers continus. Les remarques formulées par écrit sont reportées en annexe. Elles ont servi à la préparation d'une réunion téléphonique le 15 décembre 2004, durant laquelle tous les problèmes ont été à nouveau évoqués. L'objectif de cette réunion était de parvenir à un consensus équilibré de l'ensemble des participants, et dégager les caractéristiques admissibles d'une enquête – type transversale.

Cette réunion a fait l'objet d'un compte rendu reproduit en annexe VIII. Les résultats de cette concertation élargie ont finalement mené aux positions de synthèse reprises dans le paragraphe suivant.

3.3 – Items à retenir

Liste des items à retenir dans toute enquête transversale

Pays de collecte

Personne interrogée

Age

Sexe

Code postal (Zip code) de résidence habituelle

Survenue d'un ou de plusieurs accidents dans les 2 mois précédents :

Si non : fin d'enquête

Si oui : **Nombre** d'accidents dans cette période

Pour l'accident le plus sévère, suite de l'enquête

Narration de l'accident le plus sévère

La personne interrogée raconte librement l'accident le plus sévère qui lui est survenu dans la période de deux mois, ce qui permet notamment à l'enquêteur de vérifier qu'il s'agit bien d'un accident de la vie courante, et de noter les principaux éléments qui le caractérisent (produits, activité, lieu, mécanisme, lésion, partie lésée, repris ensuite de manière analytique dans la suite de l'interview ci-après).

Circonstances de l'accident le plus sévère

Lieu de survenue

Activité au moment où l'accident est survenu

En cas de sport : **quel sport**

Mécanisme

Lésion (nature du traumatisme)

Partie du corps lésée

Enregistrer jusqu'à deux lésions et parties lésées

Produits impliqués et /ou à l'origine de l'accident

Traitement

Type de recours aux soins pour cet accident

Liste des items secondaires à inclure si les moyens (temps, argent) consacrés à l'enquête le permettent

Personne interrogée

Nationalité

Profil social

Niveau de formation

Statut vis-à-vis de l'emploi

Profession

Narration de l'accident le plus sévère

Circonstances spécifiques incluant

L'absorption d'alcool, de psychotropes,

L'intervention d'autres personnes dans la survenue de l'accident

La sévérité

Mesure clinique de la sévérité initiale par échelle de gravité AIS

Appréciation subjective par la personne accidentée de la sévérité.

Traitement

Si le traitement a été prolongé au-delà de la prise en charge initiale, en quoi ce suivi a-t-il consisté : durée de l'hospitalisation, réhospitalisations, réinterventions chirurgicales, suivi, etc.

Conclusions

Synthèse des points acquis

Au terme de ce projet, certains points semblent bien acquis.

En premier lieu, il est confirmé que les capacités actuelles de comparaison entre pays européens de l'épidémiologie des accidents de la vie courante sont pratiquement inexistantes. Cette impossibilité à rendre compte, de façon comparative entre pays, des nombres et des facteurs de risque de survenue d'un AcVC résulte du fait que les travaux développés aux niveaux nationaux sont hétérogènes. Les systèmes de soins pour la prise en charge des accidentés sont différents, et les outils manquent pour apprécier dans ce domaine l'effet des différences culturelles entre pays.

Cet état de fait n'a pas réellement été modifié par le développement du réseau Injury Data Base (IDB). Toutefois l'existence et le fonctionnement du réseau IDB a cependant eu des aspects très positifs. Il a permis que les experts des différents pays sur les accidents de la vie courante se connaissent mutuellement, aient l'occasion d'échanger en tant qu'experts sur leurs expériences et leurs savoir-faire. Tous reconnaissent l'intérêt d'arriver à une certaine capacité de comparaison entre pays, pour le développement de stratégies de prévention et de santé publique au niveau européen, en synergie avec les stratégies nationales. Dans tous les pays il y a une difficulté à faire comprendre à quel point les accidents de la vie courante sont un enjeu majeur de santé publique, souvent plus important que d'autres pathologies affectant la santé, et pourtant beaucoup moins doté en moyens, moins présents dans les préoccupations politiques. Ils ont aussi une résonance médiatique limitée. Cette situation commune crée des intérêts convergents pour le développement d'outils de comparaisons transnationaux. Par ailleurs, l'existence de nomenclatures communes en usage dans les systèmes hospitaliers de collecte en place constitue une base essentielle pour le développement de travaux futurs.

On a retenu pour ce projet la combinaison d'une approche technique (bibliographie sur les enquêtes et la pratique existantes, avis d'experts) et une recherche de consensus de la part des partenaires afin d'équilibrer les avantages et les inconvénients des différentes solutions possibles pour la réalisation d'une enquête transversale. Cette enquête est destinée à compléter le recueil continu hospitalier dans les pays où celui-ci existe et y suppléer quand il n'existe pas. Tous les arguments ont été discutés, aboutissant finalement à proposer une enquête transversale applicable à l'ensemble des pays européens, dont les caractéristiques sont détaillées plus haut.

En synthèse, on rappelle ci-dessous les caractéristiques générales de cette enquête.

Caractéristiques générales de l'enquête – type transversale harmonisée

Périmètre de l'enquête type :

L'enquête type concerne les traumatismes liés aux accidents de la vie courante.

On peut aussi prévoir son extension à l'ensemble des traumatismes.

Définition des accidents à prendre en compte :

Définition de l'OMS [24]

« Lésion corporelle provoquée de manière subite ou brève par une énergie violente sur l'organisme. Il peut s'agir d'une lésion physique résultant d'un transfert soudain ou excessif d'énergie qui dépasse le seuil de tolérance physiologique ou de l'atteinte d'une fonction résultant d'une privation d'un ou de plusieurs éléments vitaux (air, eau, chaleur), comme en cas de noyade, de strangulation ou d'hypothermie. Le laps de temps qui s'écoule entre l'exposition à l'énergie et l'apparition du traumatisme est bref ».

Note : une extension peut être envisagée aux autres types de traumatisme (accidents de la circulation, du travail, violences, etc.), par ajout de modules spécifiques.

Buts de l'enquête type :

Connaître le taux d'incidence des accidents de la vie courante.

Constituer un échantillon représentatif d'accidents.

Notes :

Il s'agit de taux d'incidence bimestriels des accidents. Les taux d'incidence annuels des accidents seront obtenus en multipliant par 6 les résultats de l'enquête sur une période de rappel de 2 mois.

L'estimation de taux d'incidence annuels des accidentés nécessitera l'introduction de facteurs correctifs obtenus par enquêtes spécifiques [10].

La taille de l'échantillon doit être suffisante pour calculer des taux d'incidence pour les principaux groupes d'accidents

Les accidents rares ne pourront pas être étudiés, et nécessitent des investigations par enquête thématique.

Type d'enquête :

Enquête téléphonique

Interrogation des personnes de 15 à 74 ans.

En cas d'incapacité de réponse (absence, état de santé), d'enfant ou de personne âgée notamment, possibilité de collecter les données auprès d'un adulte référent (responsable légal, ou en lien de parenté) du ménage

Notes :

Les enquêtes face à face, beaucoup plus onéreuses, sont exclues du cadre de la réalisation standard de l'enquête – type, dans la tranche d'âge 15 à 74 ans.

Compte tenu des biais d'enquête téléphonique, liés notamment à la croissance du nombre des téléphones portables en remplacement des téléphones fixes, des redressements sont à prévoir, dont la méthodologie sera calquée sur celle qu'utilisent les sociétés qui effectuent ce type d'enquêtes.

Pour une extension aux 75 ans et plus, il faut prévoir une enquête face à face.

Pour une extension en-deça de 15 ans, il faut prévoir un protocole spécifique où le responsable légal répond systématiquement pour l'enfant.

Période de rappel :

2 mois

Sélection de l'accident à prendre en compte dans l'enquête :

Option retenue : collecter à la fois le nombre des accidents survenus au cours de la période et des détails spécifiques sur le plus sévère.

Notes :

Certaines enquêtes portent sur l'accident le plus récent de la période de rappel. Les deux options (interroger sur le plus récent, ou sur le plus grave) ont leurs avantages et leurs inconvénients. Compte tenu de la brièveté de la période de recueil retenue, il a été admis que les effets pervers sont minorés lorsqu'on tire des informations sur l'accident le plus grave.

Une version plus riche de l'enquête peut être réalisée en collectant des données sur tous les accidents signalés lors de la période de recueil

Saisonnalité et géographie des accidents :

Pour tenir compte de la saisonnalité et des variations géographiques des accidents, l'enquête type prévoit plusieurs vagues d'enquête réparties dans le temps, et une réalisation dans différentes régions de chaque pays. Par exemple enquête en deux vagues en avril - mai et en octobre – novembre ; les régions sont à définir selon les pays.

Note : il est sans doute hors de portée de prétendre réaliser une enquête « représentative » au plan régional, compte tenu des diversités géographiques.

Les items faisant l'objet de l'interrogatoire auprès des personnes sont détaillés plus haut.

Une « liste de base » doit dans tous les cas être retenue dans tous les pays, c'est le niveau minimal de recueil pour obtenir des données comparables entre pays. Une liste complémentaire a été proposée pour le cas où la réalisation d'une enquête un peu élargie serait financièrement et pratiquement possible.

Les nomenclatures de référence sont principalement celles du manuel de codage ISS V2000.

Elles sont complétées par d'autres nomenclatures spécifiques (par exemple pour le profil social des accidentés, voir plus haut).

Note : il est envisagé d'utiliser dans un futur proche la CICET (Classification internationale des causes externes de traumatismes, ICECI, International Classification of External Causes of Injuries) [23] pour le codage de tous les types de traumatismes.

Narration de l'accident :

La narration de l'accident doit être maintenue, car elle consolide et complète la collecte spécifique par item.

Elle contribue aussi à la présentation de l'enquête par l'enquêteur, à la compréhension de l'enquête par la personne enquêtée, et éventuellement à la sélection du type d'accident. Elle doit donc être placée en début de questionnaire. L'enquêteur doit guider a minima la personne enquêtée pour qu'il puisse retrouver dans la narration les éléments essentiels de survenue de l'accident le plus sévère sur la période de rappel : produit en cause ou impliqué dans l'accident, activité lors de l'accident, lieu de l'accident, mécanisme de

l'accident (« PALM » : Produit, Activité, Lieu, mécanisme), lésion(s) et partie(s) lésée(s) lors de l'accident.

Gravité des accidents à prendre en compte :

Accidents ayant entraîné au moins un recours aux soins (services d'urgence, généralistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmières, etc.).

La sévérité des accidents à prendre en compte :

Elle peut être qualifiée objectivement (score AIS, autres scores) ou subjectivement, par réponse à une question spécifique à la personne accidentée (voir plus haut).

Profil social :

Le profil social est appréhendé par trois groupes de questions portant sur :

- Niveau d'études atteint
- Situation d'emploi
- Profession

Quand il s'agit d'un enfant, ces questions doivent se rapporter aux responsables légaux de l'enfant (parents en général).

Une nomenclature pour ces questions est proposée, calquée sur celle qui est utilisée dans l'enquête EPAC en France (voir annexe IX et référence [5]). Elle a l'avantage d'être très simple, d'emploi pratique et généralisable dans les différents pays. Cette question pourra cependant faire l'objet d'un examen spécifique, par comparaison avec les autres nomenclatures éventuellement utilisées au niveau européen.

Nombre de lésions :

Possibilité de description de deux lésions maximum pour l'accident le plus sévère de la période de rappel.

Nationalité :

L'introduction systématique de la nationalité dans l'enquête – type n'a pas été jugée possible, pour des raisons éthiques. Cette option reste intéressante, et il est recommandé de la mettre en œuvre ponctuellement pour des objectifs déterminés.

Résidence :

La variable code postal du lieu de résidence habituel est incluse dans le recueil.

Une question de base sur le type d'habitat : en zones rurale, urbaine, périurbaine, etc. est recommandée.

Note : la disponibilité d'une nomenclature harmonisée au niveau européen sur le type d'habitat sera nécessaire pour permettre des comparaisons entre pays.

Recommandations de mise en œuvre et perspectives

Les caractéristiques de l'enquête transversale proposée devraient faire l'objet d'une lecture et d'une appropriation de la part d'experts de tous les pays européens : de ceux qui faisaient partie des pays partenaires du projet, comme des experts des autres pays européens. Cette analyse critique doit prendre en compte la possibilité d'une réalisation de l'enquête à court terme dans l'ensemble de l'Union européenne.

Avec l'appui de la DG SANCO, de Eurostat, voire d'autres structures concernées au niveau européen, le protocole de l'enquête commune devrait être fondé sur les éléments de ce rapport d'une part, sur les commentaires des experts de tous les pays de l'Union d'autre part. Ce travail de finalisation et de rédaction du protocole pourrait faire l'objet d'un appel d'offre auquel des institutions scientifiques ou des sociétés pourraient répondre.

Dans une deuxième phase, suite à la rédaction consensuelle du protocole d'enquête et à sa validation officielle par les experts des Etats membres, un guide de référence européen sera rédigé, et une première enquête pourra être réalisée au niveau de tous les pays de l'UE.

Par ailleurs d'autres développements restent possibles : l'utilisation de nomenclatures mieux adaptées, le développement de complémentarités avec les recueils hospitaliers, jusqu'à la mise en place d'une cohorte pour connaître le devenir des accidentés graves. L'extension à tous les traumatismes pourrait prendre place dans l'évolution actuelle du système ISS vers un codage de l'ensemble des traumatismes : c'est le système « IDB - Tout traumatisme » (Injury Data Base - All injuries) dont les modalités précises de codage sont en cours de discussion. Le présent travail pourra être repris et amplifié dans ce contexte évolutif, car les variables sélectionnées ici sont en grande partie communes au noyau du module « Accident de la vie courante » du codage IDB - Tout traumatisme. Pour faire de l'enquête type une enquête – type « Tout traumatisme » complémentaire des recueils hospitaliers « IDB Tout traumatismes », il suffirait ajouter des variables concernant les autres modules (modules violence, traumatisme auto infligé, accident de la circulation)

Les accidents de la vie courante sont un problème majeur de santé publique : ils sont fréquents, graves et souvent évitables. De plus en plus dans les années à venir il paraîtra inadmissible de décéder ou de devenir handicapé grave à la suite d'un accident évitable. Ces préoccupations sont communes à tous les pays de l'Union européenne. La mise en place des enquêtes transversales coordonnées proposées dans ce travail est peu coûteuse. Elle permettrait d'améliorer la connaissance épidémiologique des accidents et de comparer les situations d'un pays à l'autre. Les résultats guideraient la prévention, la réglementation, l'information et la prévention pour les éviter ou en atténuer la gravité.

Annexes

Annexe I

Sigles et abréviations

AcVC :	accident de la vie courante
CATI:	<i>computer assisted telephone interview</i>
CICET :	Classification internationale des causes externes de traumatismes,
CnamTS :	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CSI:	<i>Consumer Safety Institute</i>
CSS:	<i>Cross Sectional Survey</i>
DG SANCO :	Direction Générale Santé et Protection du Consommateur
Ehlass:	<i>European Home and Leisure Surveillance Accident System</i>
EPAC :	Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante
ESPS :	Enquête Santé et Protection Sociale
HLA:	<i>Home and Leisure Accident</i>
ICECI:	<i>International Classification of External Causes of Injuries</i>
IDB:	<i>Injury Data Base</i>
Inpes :	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee :	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS :	Institut de veille sanitaire
Irdes :	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
IPP:	<i>Injury Prevention Programme</i> (Programme de prévention des blessures)
ISG:	<i>Injury Surveillance Guidelines</i>
ISS:	<i>Injury Surveillance System</i> (Système de surveillance des traumatismes)
MDS:	<i>Minimum Data Set</i>
OMS :	Organisation mondiale de la santé
SI :	Système d'Information
UE :	Union européenne
WHO:	<i>World Health Organization</i>

Pays européens cités dans le rapport :

Allemagne : D
Autriche : A
Belgique : B
Espagne : E
France : F
Grèce : EL
Luxembourg : L
Pays-Bas : NL
Portugal : P

Annexe II

Liste des partenaires

Institut de veille sanitaire (France)
Bertrand Thélot, Marianne Perez, Emmanuelle Szego
Institut Sicher Leben (Autriche)
Robert Bauer, Mathilde Sector
EDUCA-SANTE (Belgique)
Alain Lévêque, Martine Bantuelle
CEREPRI (Grèce)
Nick Dessypris, Eleni Petridou
Instituto Nacional de Saude (Portugal)
Baltazar Nunes
Psytel (France)
Marc Nectoux

Chronologie des travaux

Etape 1 : Analyse des enquêtes existantes dans le domaine

- Mise en place en avril 2003 de l'équipe de travail et de la répartition des travaux :

- INSTITUT SICHER LEBEN - Autriche
 - INSTITUTO NACIONAL DE SAUDE - Portugal
 - UNIVERSITY OF ATHENS - CEREPRI – Grèce
 - EDUCA-SANTE - Belgique
 - PSYTEL - France
- Avril 2003 : Rédaction du projet de document « Calendrier / Tâches / Acteurs / Jours-hommes » décrivant le déroulement du projet (document Psytel).
 - Avril 2003 : Prise de connaissance du contexte de l'étude et des objectifs.
 - Avril-Mai 2003 : Organisation du projet : calendrier, tâches acteurs et jours-hommes.
 - Mai – Juillet 2003 : Etude documentaire et bibliographique relative aux enquêtes en France.
 - Juin 2003 : Prise de contact avec les responsables de ces enquêtes pour des compléments.
 - Juin - Juillet 2003 : Etude documentaire et bibliographique relative aux trois Etats utilisant la méthodologie d'enquête transversale dans le cadre du programme de Prévention des Traumatismes (Allemagne, Espagne et Luxembourg).
 - Juillet 2003 : Contacts par mail avec ces équipes européennes.
 - Août 2003 : Etude documentaire sur certains systèmes de recueil internationaux.

- Août 2003 : Analyse synthétique des méthodologies et des questionnaires des enquêtes en France.
- Septembre 2003 : Analyse synthétique des méthodologies et des questionnaires des enquêtes européennes.

Etape 2 : Avantages et inconvénients des 2 méthodologies

- Juin 2003 : Projet de plan pour le rapport intermédiaire, réponse à l'enquête Cost/benefit pour un projet de la Commission (documents Psytel).
- 15 et 16/07/2003 : Préparation et participation à la réunion de l'IPP Network où le projet est présenté.
- Août 2003 : Rédaction du projet d'agenda pour le meeting du 22 et 23 Octobre 2003 (document Psytel).
- Septembre/octobre 2003 : Préparation du 1^{er} meeting à Paris. Documents à envoyer, rédaction de documents spécifiques et de transparents PowerPoint, organisation de la réunion.
- 01/10/2003 : Rédaction du document « La problématique du projet » (document Psytel).
- 11/10/2003 : Rédaction du document « Comparaison des variables entre les principaux systèmes d'information » (document Psytel).
- **Réunion des 22 et 23 octobre 2003 à Paris.**
- **Voir programme des journées de travail (Annexe)**
- Fin octobre 2003 : Rédaction de la version n°1 du rapport intermédiaire destiné à la Commission et participation aux évolutions ultérieures du document envoyé le 30/10/2003 (document Psytel).

➔ Remise du rapport intermédiaire à la Commission (31 octobre 2003)

Etape 3 : Propositions méthodologiques

- Début novembre 2003 : Participation à la rédaction des minutes du meeting de Paris (chapitre conclusions).
- 11 et 12/12/2003 : Participation à la réunion du « Working Party Injuries » à Luxembourg.
- 10/02/2004 : Participation à la réunion à la TNS-SOFRES.
- Février 2004 : Rédaction du document « Eléments d'information recueillis lors de notre visite à la TNS Sofres » (document Psytel).
- Février-Mars 2004 : Rédaction du document : « Choix des variables de l'enquête type et des nomenclatures » et rassemblement des nomenclatures des différents systèmes internationaux (document Psytel).
- Mars-Avril 2004 : Prise en compte des éléments d'information issus des enquêtes européennes ISS (document Psytel).
- 05/04/2004 : Participation à une réunion à l'INED sur les comparaisons des non réponses dans les enquêtes européennes.
- Fin avril 2004 : Préparation du meeting de Luxembourg les 28 et 29 avril 2004 « Working Party on Accidents Injuries ».
- 20/04/2004 : Réunion à la SOFRES sur la méthodologie d'enquête.

Etape 4 : Validation auprès d'un groupe d'experts

- Participation au meeting de Luxembourg les 28 et 29 avril 2004 « Working Party on Accidents Injuries ».
- 18/05/2004 : Rédaction et envoi du document « Le nouveau codage ISS du CSI » (document Psytel).
- 24/05/2004 : Rédaction et envoi du document « Comparaison des deux méthodologies de recueil » pouvant constituer un chapitre du rapport final (document Psytel).
- Juin 2004 : Rédaction du document « Proposition de choix des variables de l'enquête type – formats et nomenclatures ».
- 14/06/2004 : Remise du document Psytel « Proposition de choix des variables de l'enquête type – formats et nomenclatures ».
- Juin 2004 : Rédaction du document « Préconisations méthodologiques pour l'enquête type - v1.
- 17/06/2004 : Envoi par mail du document « Préconisations méthodologiques pour l'enquête type v1 » (document Psytel).
- Juillet - Août 2004 : Conception et rédaction de la proposition de questionnaire.
- 27/08/2004 : Envoi par mail du document Psytel « Proposition de questionnaire pour le Projet Enquête –type » (document Psytel).
- Septembre - Octobre 2004 : correction et évolution du questionnaire initial, préparation d'une réunion téléphonique.

Etape 5 : Rapport final

- Novembre 2004 : Préparation du rapport d'activité pour l'InVS.
- **30/11/2004 : Remise du rapport d'activité de Psytel à l'InVS.**
- 15/12/2004 : réunion téléphonique avec les partenaires européens et Psytel pour la finalisation des positions sur les questions, la méthode et l'organisation de l'enquête.
- décembre 2004 – mars 2005 : rédaction du rapport final du projet, version préliminaire.
- mars – mai 2005 : validation par les partenaires. Prise en compte des remarques pour la consolidation du rapport final du projet.

➔ Remise du rapport final à la Commission (31 mai 2005)

Réunions de suivi de projet de l'équipe française à l'InVS (généralement le mercredi matin tous les 15 jours) avec :

B. Thélot – InVS et M. Nectoux – Psytel pour toutes les réunions,
M. Pérez - InVS, E. Szego - Psytel, M. Darlot - Psytel pour certaines d'entre elles.

➔ pour l'année 2003 : 23/04, 07/05, 21/05, 04/06, 18/06, 02/07, 09/07, 24/07, 07/08, 03/09, 11/09, 17/09, 26/09, 09/10, 16/10, 20/11 (Tél.)

➔ pour l'année 2004 : 07/01, 21/01, 04/02, 25/02, 10/03, 24/03, 02/04, 26/04, 13/05, 02/06, 14/06, 28/06, 06/07, 21/07, 20/08, 08/09, 07/10, 10/11, 29/11, 15/12

Annexe III

Méthodes et questionnaires d'enquêtes existantes

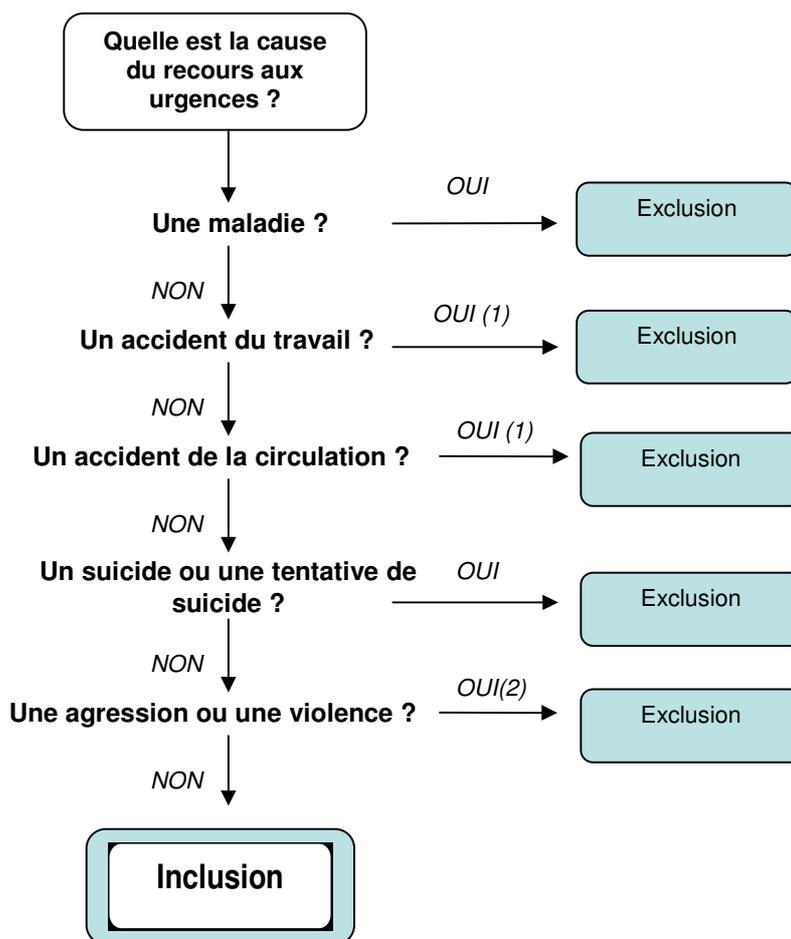
1 - Enquêtes continues dans le système ISS : l'enquête EPAC en France

Les sources de données épidémiologiques sur les AcVC sont peu nombreuses en France. Jusqu'à la fin des années 90, on n'a guère disposé, hormis quelques enquêtes ponctuelles, que de trois sources : le système d'enregistrement des causes de décès, permanent et exhaustif ; les enquêtes menées entre 1987 et 1995 dans quelques régions par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) ; l'enquête développée à partir des années 80 dans le cadre du système européen *Ehlass* (*European Home and Leisure Accident Surveillance System*). Cette enquête, qui a longtemps bénéficié d'un soutien financier important de l'Union européenne, a été remaniée et déclarée au Conseil national de l'information statistique en 2001 sous l'appellation EPAC (Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante). Au niveau européen, cette enquête contribue désormais au système *Injury Data Base (IDB)*, dont elle suit les spécifications : le format des données et les nomenclatures V2000. Les profils sociaux sont codés dans les nomenclatures détaillées annexe IX.

Comme dans les autres pays européens qui disposent d'un recueil hospitalier de ce type (tels que l'Autriche, la Grèce, les Pays-Bas, le Portugal, etc.), le recueil EPAC repose sur l'enregistrement des recours aux urgences pour AcVC dans certains hôpitaux, avec des données concernant la personne accidentée (âge, sexe, résidence, profil social), sa prise en charge (date et heure d'arrivée aux urgences, traitement, hospitalisation éventuelle), les caractéristiques immédiates 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 recueillent les données pour EPAC sont volontaires, ils reçoivent une subvention et participent ainsi, conformément au Code de la santé publique, au Réseau national de santé publique en France.

Les données sont collectées de façon exhaustive, et transmises rapidement à l'InVS : les données du mois n doivent être transmises après validation au plus tard à la fin du mois n+2. Des analyses de qualité sont effectuées depuis 2002 au moins une fois par an dans chaque hôpital du réseau EPAC afin de garantir et de rendre compte de la qualité, de l'exhaustivité et de la fiabilité du recueil. Des journées sont tirées au sort (au moins une par trimestre) et les dossiers des patients venus aux urgences sont analysés pour décision d'inclusion ou non dans le recueil, et recodées dans les conditions locales. Chaque analyse donne lieu à un compte rendu adressé à l'hôpital, dans lequel sont précisés notamment les conditions d'accès aux dossiers, l'exhaustivité du recueil sur les journées tirées au sort, le caractère complet et l'exactitude des items.

L'enquête EPAC inclut tous les cas d'accidents de la vie courante venus aux urgences des hôpitaux participant, quelle que soit l'heure (24 heures sur 24) ou le jour (tous les jours de l'année). Pour assurer l'exhaustivité du recueil, il faut que les différentes personnes de l'hôpital chargées de l'enregistrement des cas connaissent parfaitement les critères d'inclusion des AcVC selon EPAC. Ceux-ci peuvent être schématisés à l'aide de l'arbre de décision ci-dessous :



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

(2) : sauf bagarre entre enfants de moins de 10 ans

Un accident du travail est un accident qui fait l'objet, au moment du recueil, d'une déclaration d'accident du travail. Un accident de la circulation est un accident reconnu comme tel par les forces de l'ordre.

Un guide de référence précise à l'attention des codeurs les cas à inclure et à exclure, en cas de doute un conseil national est possible [5]. On se reportera à l'annexe V pour la liste des variables dans le codage EPAC03. Les résultats font l'objet de rapports sur données annuelles [21] et d'exploitations à la demande, disponibles sur site Internet [34]. Des estimations de taux d'incidence de survenue des AcVC en population ont été établies à partir de EPAC, utilisant les compte rendu d'hospitalisation et les résultats des analyses d'exhaustivité [6, 7].

2 - Enquêtes transversales dans le système ISS

Allemagne

Extraits de [35]

Structure of the study of home and leisure accidents in Germany in the years 2000/2001

On request of the Federal Institute for Occupational Safety and Health (FIOSH), NFO Infratest carried out a representative survey on home and leisure accidents. This project was the German contribution to the europe-wide campaign „Injury Prevention Programme“ (IPP). The data of this German study was fed in the European network (Euphine Hiems).

The current study of home and leisure accidents in Germany is representative for the resident population. This means that the data to home and leisure accidents in Germany is collected within the scope of a representative household inquiry. In other EU-member states, however, the accident data is collected in selected hospitals. This kind of hospital inquiry is unrealisable in Germany, as more than 50 % of all home and leisure accidents would not be recorded this way; as a lot of victims are only treated by practitioner. Thus, through the representative structure of the study is ensured that

- ◆ the total resources at accidents in Germany can be estimated reliably
- ◆ a complete analysis of all home and leisure accidents takes place, not dependent on how the injuries were treated and
- ◆ trend developments compared to the previous studies can be observed based on a comparable methodology.

Within the scope of the current study data referring to 3,519 home and leisure accidents was ascertained, edited and analysed through representative household inquiries. These 3,519 home and leisure accidents are the base for the statistic analysis of the home and leisure accidents by the variables time of accident, place of accident, activity exercised at the moment of accident, sport exercised at the moment of accident, accident mechanism, injured body part, main injuries, products involved in the accident, medical treatment and length of stay in hospital as well as causes of accident (Chapter II, issue 2 to 10).

All 3,519 interviews were conducted by specially introduced interviewers. The open ends were coded uniformly by one person, then checked, weighted and analysed, which ensures a very high data quality.

For the assessment **of the number of home and leisure accidents in Germany** 206,661 first interviews (by phone and face-to-face) were conducted from December 2000 to December 2001, which were exclusively joint in nationwide representative household inquiries. In 10,366 households a home and leisure accident was recorded. 7,233 intended persons were willing to give a more detailed accident interview. For the further analysis the conducted first interviews were weighted by the categories federal state, size of the community and size of the household. Additionally, the contacts, which were not completely uniformly distributed over the period of

the study, were weighted in such a way that a monthly equilibrium of first interviews was simulated.

Before the projection of the total number of the home and leisure accidents a validation of the first interviews had to take place because it was not always the case that when a person described a home or leisure accident in an initial interview, there actually was an accident in the sense of the definition. Therefore, during the validation process, a check was done at the beginning of the accident interview, whether all the definition requirements of a home or leisure accident were actually fulfilled (compare app. 1).

For the extrapolation of accident frequencies only telephone studies are considered, because these offer the methodical advantage that the sample is not clustered. Unclustered samples report a minor confidence interval. Additionally, the coverage is higher and therefore also ameliorates the quality of the sample.

In these representative telephone studies altogether 129,917 first interviews were conducted from December 2000 to December 2001. The survey of these 129,917 households and the following validation resulted in 4,566 home and leisure accidents. This corresponds to a ratio of approximately 3.5 % of households with at least one home or leisure accident per interviewing quarter in Germany.

Applied to the 38.1 million private households in Germany (Mikrozensus, April 2000), the following estimate of the annual total number of home and leisure accidents in 2000 may be calculated by the following formula:

$$\frac{4,566 \text{ validated accidents} \times 38.1 \text{ million households}}{129,917 \text{ contact interviews}} \times \frac{12 \text{ months}}{3 \text{ months}} =$$

5.36 million accidents

The scope of survey of the current study is identically defined to the studies of 1988/89 and 1991/92 and of 1996/96.

Scope of survey: Home accidents, sports and leisure accidents

Conditions:

- Medically treated or affected for at least 14 days
- Accident occurred during the past three months

Exclusion from scope: Accidents on the road, at work, at assaults and suicide attempts

APPENDIX

Weighting and validation of first interviews

Weighting of first interviews

Altogether 206,661 first interviews (by phone and face-to-face) were conducted. In 10,366 households a home and leisure accident was recorded, whereof 7,233 intended persons were willing to give a more detailed accident interview. For the extrapolation of accident frequencies, however, only telephone studies were considered, as they offer the methodical advantage that the sample is not clustered. Unclustered samples report a minor confidence interval. Additionally, the coverage is higher and therefore also ameliorates the quality of the sample.

In these representative telephone studies altogether 129,917 first interviews were conducted from December 2000 to December 2001.

By the following proceeding it is ensured that the results referring to home and leisure accidents, which were screened by other studies than the named, are representative:

1. Weighting of the representative first interviews by population structure in Germany
2. Check of this socio-demographic structure in the additional interviews
3. Adjustment to the structures of these results by weighting

The first interviews were weighted by the features federal state, size of the community and size of the household. Additionally, the contacts, which are not completely uniformly distributed over the period of the study, were weighted in such a way that a monthly equilibrium of first interviews was simulated (for the elimination of otherwise disturbing seasonal effects).

Validation of contact interviews – home and leisure accidents

The “validation of the first interviews” entails verifying whether those people who stated in the first interview that an accident had occurred had suffered an accident that fulfilled the definition criteria. This verification took place as part of the accident interview directed specifically to all definition criteria of an home and leisure accident.

It is not always the case that all persons who recorded in the first interview a home and leisure accident actually meet all criteria of the formulated definition. For an exact extrapolation it is therefore necessary to validate all indications referring to an accident which were made in the first and in the accident interview.

From the 129,917 households contacted by phone 7,779 home and leisure accidents were recorded. The validation of these home and leisure accidents led to following result:

- (1) Households with at least one recorded home and leisure accident 7,779

In 2,373 cases the intended person confirms the occurrence of a home and leisure accident, but is not willing to give an accident interview:

(2) Non quality-based drop-out: 2,373 From the difference between (1) and (2) result

(3) Recorded home and leisure accident, about which the intended

person is also willing to give an accident interview 5,406

All representative first interviews by phone, which led to an accident interview that fulfils all required criteria, are counted among

(4) valid home and leisure accidents 2,766

In many cases it was only in the accident interview with a household, which recorded a home and leisure accident in the first interview, that it turned out that this accident does not meet the definition. Such accidents either happened in other spheres (job, school or traffic) or did not fulfil the criteria of the required gravity of the accident (visit to a practitioner or being affected at least 14 days) or did not happen in the period of the last three months. These accidents are counted among

(5) validated drop-outs 1,947

First interviews, in which a home and leisure accident was recorded, but which for various reasons did not lead to the accident interview (information was refused, the victim was not available for the interview or was mentally or linguistically not able to give an interview) are counted among

(6) non quality-based drop-outs from the accident interview 693

Accident frequencies and extrapolation of the annual home and leisure accident figures

The extrapolation of accident frequencies regarding home and leisure accidents cannot be related to the total number of accidents „recorded“, because, as shown in the preceding chapter, a considerable number of these accidents does not meet all of the definition criteria.

Nor is it sufficient, however, to restrict the extrapolation to the valid accidents, since a large number of the accidents stated in the first contacts cannot be verified or falsified as home and leisure accidents.

These non quality-based drop-outs have to be considered in the extrapolation, because it is necessary to estimate the number of „valid“ accidents included in the non quality-based drop-outs. This estimate is based on the assumption that the ratio of verified/falsified accidents can also be applied to non quality-based drop-outs.

On this basis the following shares result for home and leisure accidents:

Validated home and leisure accidents

(validated home and leisure accidents + validated drop-outs)

$$= \frac{2,766}{(2,766 + 1,947)} = 0.5868 = 58.7\%$$

A transfer of this ratio of 58.7% to the 2,373 non quality-based drop-outs of the first interviews and to the 693 non quality-based drop-outs of the accident interviews, leads to a figure of 1,393 + 407 accidents of the quality-based drop-outs. An addition of these 1,800 accidents to the 2,766 validated accident leads to an estimated

Total of 4,566 home and leisure accidents

Applied to the 129,917 first interviews this corresponds to a ratio of approximately 3.5 % households with at least one home and leisure accident per interviewing quarter in Germany

Applied to the 38.1 million private households in Germany (Mikrozensus, April 2000), the following estimate of the annual total of households with home and leisure accidents can be formulated:

$$\begin{array}{rcl}
 \text{Validated accidents x number of households} & & \\
 \hline
 & \times & \frac{12 \text{ months}}{3 \text{ months}} \text{ number of first interviews} \\
 \\
 4,566 \times 38.1 \text{ million} & \times & \frac{12 \text{ months}}{3 \text{ months}} \quad 129,917 \\
 \hline
 & & = 5.36 \text{ million home and leisure accidents}
 \end{array}$$

APPENDIX
Inquiry to home and leisure accidents
 Guideline accident interviews



☞ *Veillez impérativement indiquer votre numéro d'identification !*

Enquête sur les accidents domestiques et de loisirs

Sont concernés par cette enquête tous les accidents **domestiques ou de loisirs au cours des trois derniers mois**, qui ont nécessité une **visite chez un médecin** ou entraîné un **handicap pendant une longue période, ou un préjudice pendant au moins 14 jours**. Les intoxications et les accidents survenus dans les transports en commun pendant les heures de loisir seront également pris en compte. En revanche, cette enquête ne traitera **aucun** accident de la circulation, du travail ou survenu dans l'enceinte d'un établissement scolaire.

Tous les accidents **domestiques ou de loisirs** qu'une même personne a eu au cours des trois derniers mois doivent être répertoriés. Remplissez un questionnaire par accident, en commençant par celui dont votre interlocuteur vous fait part de manière spontanée.

1. Date de l'accident (année, mois, heure)

2. Lieu de l'accident Précisez le lieu exact.

3. Déroulement de l'accident

Précisez les circonstances de l'accident.

4. Faits et gestes de la personne au moment de l'accident

Que faisait exactement la personne au moment de l'accident ? Qu'a-t-elle fait pour déclencher l'accident ? Pratiquait-elle un sport quand elle s'est blessée ? Si tel est le cas, quel type de sport ?

5. Connaissance des risques

Pratiquait-elle cette activité régulièrement et en toute confiance ?

6. Raisons de l'accident

Décrivez tous les éléments impliqués dans l'accident ou l'ayant provoqué (personne, animal, objet, produit chimique, etc.) Quelle est la relation entre l'accident et ce qui s'est passé ?

7. Appareils impliqués dans l'accident

Quel type d'appareil est à l'origine de l'accident ?

S'agit-il d'un appareil électrique ou manuel ?

Quelle est son année de fabrication ?

Comporte-t-il une marque de contrôle ?

Comment l'appareil devait-il être manipulé ?

La notice d'utilisation était-elle complète et correcte ?

L'équipement était-il incomplet ou techniquement

défectueux ? Était-ce lié à sa vétusté ? Dans quel état était-il ?

Son utilisation était-elle adaptée ?

Était-il utilisé conformément aux instructions de sécurité ?

8A/8B Blessure

Quel est le type de la blessure ?

Quelle partie du corps est-elle blessée ?

Quelles sont les autres blessures ?

Quelles autres parties du corps ont été blessées ?

9. Traitement de la blessure

La blessure a-t-elle été soignée ?

Si oui, qui s'est occupé des premiers soins ?

Qui a ensuite continué à prodiguer les soins ?

Si un traitement hospitalier était nécessaire, combien de jours la personne interrogée a-t-elle été hospitalisée ?

10. Conséquence de l'accident (nombre de jours)

Pendant combien de jours la personne a-t-elle été incapable de poursuivre une activité normale suite à l'accident ?

Si elle était en activité, de combien de jours d'arrêt de travail a-t-elle bénéficié ?

11. Causes de l'accident

Comment l'accident est-il survenu ?

D'après la personne interrogée, quelles sont les circonstances de l'accident ?

Comment aurait-il pu être évité ?

Le lieu de l'accident présentait-il des particularités à l'origine de l'accident ? Le lieu de l'accident était-il exempt de défaut ? L'équipement était-il techniquement correct ? L'accident a-t-il impliqué une tierce personne ?

Comment la personne interrogée se sentait-elle avant l'accident ? Était-elle par exemple fatiguée, stressée, épuisée ? Était-elle indisposée ou souffrante ?

Était-elle de bonne humeur ? Était-elle calme, stressée/énervée ou pressée ? Était-elle malade ?

Avant l'accident, avait-elle pris des médicaments ou bu de l'alcool ? A quoi pensait-elle ? A-t-elle été perturbée ou dérangée d'une manière ou d'une autre ?

Était-elle seule ou accompagnée d'autres personnes ? Si d'autres personnes étaient présentes, qu'ont-elles dit ou fait ?

12. Nombre d'accidents domestiques ou de loisirs

Précisez le nombre d'accidents au cours de ces trois derniers mois ?

Statistiques



Infratest Burke

Questionnaire sur les accidents domestiques/de loisirs

Infratest Burke
Landsberger Straße 338
80687 Munich
Allemagne
☎ +49 089 56 00 0

☞ *Veillez impérativement reprendre votre numéro d'identification envoyé par SMS :* □□□□□□
Numéro d'identification

1. Date de l'accident :

A. Année

- 2000
2001
Ne sait pas

B. Mois

- (Jan. = 01, déc. = 12)
Ne sait pas

C. Heure

- De 6h à 12h00
De 12h à 18h00
De 18h à 0h00
De 0h00 à 6h00
Aucune indication

2. Lieu de l'accident < *Une seule réponse possible* >

- Dans les transports en commun
A domicile
Dans un atelier ou une unité de production
Dans un commerce ou une société de service
Dans un institut ou une administration
Dans un complexe sportif
Dans un parc de loisir
En plein air
En mer, dans les eaux continentales ou au bord d'un fleuve
Autres (à préciser)

Description :

3. Déroulement de l'accident < *Précisez les circonstances de l'accident* >

4. Faits et gestes de la personne au moment de l'accident

◀ *Que faisait exactement la personne au moment de l'accident ? Indiquez éventuellement la raison de l'accident.* ▶

L'accident s'est déroulé pendant la pratique d'un sport : ◀ *Indiquez quel type de sport* ▶

5. Connaissance des risques :

- Activité régulière
- Activité exercée souvent par la personne
- Activité rarement exercée/inhabituelle
- Aucune activité apparente
- Ne sait pas (par ex., cas où une tierce personne aurait déclenché l'accident)
- Aucune indication

6. Raisons de l'accident

Au cas où des éléments déterminés auraient joué un rôle dans l'accident :

Indiquez les éléments (personnes, objets, animaux, etc.) impliqués dans l'accident ou l'ayant provoqué ◀ *Voir la liste* ▶

Élément à l'origine de l'accident :

Élément à l'origine de la blessure :

Autres éléments (il peut s'agir d'une personne ou d'un autre élément ayant déclenché l'accident ou étant à l'origine de la blessure)

7. Si un objet ou un appareil est impliqué dans l'accident : < Décrivez l'objet ou l'appareil concerné >

Type d'appareil :

Electrique
 Manuel

Année de fabrication :

Inconnue
 Moins d'un an mois
 1 an ou plus ans

Marque de contrôle : < Plusieurs réponses possibles >

Ne sait pas
 Aucune
 Marque de contrôle GS
 Marque de contrôle VDE
 Label vert (ou label écoproduits)
 Marque de contrôle CE
 Autres (par ex. TÜV, DIN, etc.)

Manipulation de l'appareil :

Simple
 Trop détaillée
 Difficile
 Le cas échéant, commentaires :

Instructions sur l'utilisation de l'appareil :

Ne sait pas
 Non disponibles
 Plus disponibles
 Disponibles mais non consultées
 Claires, mais incomplètes
 • Sur les risques éventuels
 • Sur la manipulation
 Difficilement compréhensible
 Peu claires et incomplètes
 • Sur les risques éventuels
 • Sur la manipulation
 Incompréhensibles
 Rien à signaler

Etat de l'appareil :

Ne présente pas de défaut
 Défaut dû à l'usure
 Défaut dû à des influences extérieures
 Défaut dû à une erreur de configuration
 Défaut non déterminé

Utilisation conforme à son affectation :

Oui
 Non
 Utilisation conforme aux instructions de sécurité :

Oui
 Non

8A Type de blessure : < Plusieurs réponses possibles >

	1 ^{ère} blessure	2 ^{ème} blessure	1 ^{ère} blessure	2 ^{ème} blessure
Commotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brûlures (thermiques)	<input type="checkbox"/>
Contusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brûlure par acide, corrosion (chimique)	<input type="checkbox"/>
Ecorchure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Electrochoc, secousse électrique	<input type="checkbox"/>
Plaies ouvertes (y compris coupures et déchirures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiolésion (par ex., lors d'une exposition au soleil, aux rayons X, aux UV, etc.)	<input type="checkbox"/>
Fracture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engelures	<input type="checkbox"/>
Luxation/dislocation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arrêt respiratoire de courte durée, phénomène d'étouffement y compris en avalant des produits alimentaires, produits (asphyxie)	<input type="checkbox"/>
Entorse, claquage, foulure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lésion nerveuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aucune blessure déterminée	<input type="checkbox"/>
Lésion des vaisseaux sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres types de blessure :	
Tendinites et blessures musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. _____	
Syndrome d'écrasement (écrasement des organes internes, comme par ex. le foie, les reins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. _____	
Amputation (membres arrachés, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Intoxication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

8B Partie du corps concernée :

1 ^{ère} blessure	2 ^{ème} blessure	1 ^{ère} blessure	2 ^{ème} blessure
Tête et visage		Thorax/Partie supérieure du tronc	
Cerveau (par ex. commotion cérébrale)	<input type="checkbox"/>	Poitrine (externe)	<input type="checkbox"/>
Crâne (hors visage)	<input type="checkbox"/>	Côtes et sternum	<input type="checkbox"/>
Oreille	<input type="checkbox"/>	Colonne dorsale	<input type="checkbox"/>
Globe oculaire, paupière	<input type="checkbox"/>	Poumons, bronches	<input type="checkbox"/>
Nez	<input type="checkbox"/>	Cœur	<input type="checkbox"/>
Dents	<input type="checkbox"/>	Partie supérieure du tronc < autres parties >	<input type="checkbox"/>
Joue	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Lèvres et cavité buccale	<input type="checkbox"/>	Partie supérieure du tronc (non précisé)	<input type="checkbox"/>
Tête < autres parties >	<input type="checkbox"/>		
_____	<input type="checkbox"/>		
Tête (non précisé)	<input type="checkbox"/>	Partie inférieure du tronc, fessier, vertèbres lombaires et partie inférieure du dos, bassin	
Nuque et gorge		Organes internes (par ex., intestin, foie, rein)	
Nuque	<input type="checkbox"/>	Abdomen (extérieur)	<input type="checkbox"/>
Pharynx, partie interne	<input type="checkbox"/>	Colonne vertébrale inférieure (lombes et sacrum)	<input type="checkbox"/>
Vertèbres cervicales	<input type="checkbox"/>	Fessier, coccyx	<input type="checkbox"/>
Nuque, gorge < autres parties >	<input type="checkbox"/>	Hanche, os du bassin, pubis (pelvis)	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	Organes génitaux	<input type="checkbox"/>
Nuque et gorge (non précisé)	<input type="checkbox"/>	Partie inférieure du tronc, < autres parties >	<input type="checkbox"/>
		_____	<input type="checkbox"/>
		Partie inférieure du tronc (non précisé)	<input type="checkbox"/>

☞ Page suivante

	1 ^{ère} blessure	2 ^{ème} blessure
Membres supérieurs		
Clavicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epaule, omoplate (scapula)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partie supérieure du bras, humérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulations (de la main)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Main (sauf les doigts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membres supérieurs < autres parties >	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membres supérieurs (non précisé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Plusieurs blessures portant sur différentes parties du corps/sur tout le corps

Tout le corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au moins deux parties du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

09.60.18944

	1 ^{ère} blessure	2 ^{ème} blessure
Membres inférieurs		
Hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pied (sauf les orteils)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membres inférieurs, < autres parties >	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membres inférieurs (non précisé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres parties du corps

< Description >

Aucune partie du corps précisée	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------

9. Premier traitement et suivi du traitement : < *Une seule réponse possible* >

Nombre de jours

Aucun traitement médical ou traitement par le patient
 Transfert dans un **autre** centre hospitalier

**de traitement
hospitalier**

→

Examens en centre hospitalier n'ayant pas donné lieu à une prise en charge médicale

Visite unique en centre hospitalier

Première prise en charge en centre hospitalier, puis **transfert vers un médecin généraliste**

Première prise en charge et **traitement ambulatoire en centre hospitalier**

Première prise en charge et **hospitalisation**

→

Traitement uniquement pris en charge par le **médecin de famille/médecin urgentiste**

Première prise en charge par le **médecin de famille/médecin urgentiste** suivie d'un

traitement ambulatoire en centre hospitalier

Première prise en charge par le **médecin de famille/médecin urgentiste**, suivie d'une **hospitalisation**

→

Autres < *Préciser* >

Aucune indication

09.60.18944

10. Conséquences de l'accident (nombre de jours) :

	Préjudice		Incapacité de travail (uniquement pour les personnes actives)
Aucun jour	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Entre 1 et 3 jours	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Entre 4 et 7 jours	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Entre 8 et 14 jours	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Entre 15 et 30 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 jours et plus	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Accident mortel		<input type="checkbox"/>	
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

11. Causes et conditions de l'accident : < *4 réponses maximum possibles* >

Indiquez les raisons de l'accident

Statistiques sur la personne accidentée

1. Sexe : Masculin Féminin

2. Date de naissance (jour, mois, année) : *◀ L'âge doit être calculé en fonction de la date de naissance et de la date de l'accident ▶*

 Jour Mois Année

3. Nationalité : Allemande Etrangère

4. Statut (au moment de l'accident) : *◀ Une seule réponse possible ! ▶*

Enfant non scolarisé
 Ecolier
 Etudiant
 Homme ou femme au foyer
 Retraité
 En activité (temps plein)
 En activité (en formation) à temps partiel
 En activité (contrat horaire)
 Au chômage
 Autres (service militaire ou service civil obligatoire)
 Aucune indication

5. Diplôme :

Ecole primaire et collège	
sans apprentissage et formation professionnelle <input type="checkbox"/>	Mittlere Reife (examens de fin d'étude - Realschule) <input type="checkbox"/>
Ecole primaire et collège avec apprentissage et formation professionnelle <input type="checkbox"/>	Abitur (baccalauréat) <input type="checkbox"/>
Ecole d'enseignement secondaire court (Realschule) ou lycée (Gymnasium) <input type="checkbox"/>	Ecole spécialisée avec obtention de diplôme <input type="checkbox"/>
	Etudes en cours <input type="checkbox"/>
	Aucune indication <input type="checkbox"/>

6. Profession : (exercée au moment de l'accident)

Fonction :

Sans activité ou au chômage
 Aucune indication

7. Nombre de personnes faisant partie du foyer :

1 personne personnes

8. Nombre d'enfants de moins de 14 ans au sein du

foyer familial : enfants

9. Code postal et lieu de résidence de la personne

interrogée : CP

Lieu de résidence

Numéro de liste	Numéro courant

Numéro de décompte

Date de l'entretien

Je certifie que l'entretien s'est déroulé normalement et avoir pris connaissance de la déclaration sur la protection des données personnelles :

Signature de la personne interrogée

Espagne

The Spanish survey in 2002 : “Red de detección de accidentes domésticos y de ocio” [20]

Main principles of the study :

- this survey is part of the Injury Prevention Programme to which European Member States adhere.
- each year since 1993, it addresses households in cities or towns of over 2000 people equitably distributed throughout Spain.
- the survey includes a home and leisure injury if it necessitated recourse to a health professional, and excludes :
 - traffic injuries
 - occupational injuries
 - injuries resulting from aggressions, muggings thefts...
 - suicides and attempted suicides
 - injuries resulting from illnesses

Data collection :

- the methodology is based on the collection of data in 2 ways :
 1. interview a random sampling pool of Spanish households in order to assess the frequency of home and leisure injuries
 2. obtain a sampling pool of HLIs in order to analyse their mechanisms, products, location...
- the data collection is done 3 times a year, and concerns HLIs occurred in the 4 preceding months ⇒ reduces memory bias
- this survey is carried out in personal face-to-face interviews at home with people of legal age
 - ⇒ in 2002, over 108 000 contacts were made (36 000 households per wave)
 - ⇒ 6 750 injured persons were recorded and therefore completed questionnaires.

Why this methodology ?

- 1986 – 1991 : Data collection from 8 Emergency Department surveys
 - ⇒ series of administrative difficulties
- 1993 – present : Data collected by National Consumer Institute through personal interviews
 - ⇒ focus on products and product safety

The household survey allows injuries which are not admitted in emergency departments to be taken into account.

These injuries may have presented themselves to other health professionals.

- ⇒ limits loss of information
- ⇒ limits deformations in territorial representativity
- ⇒ circumvents administrative problems with hospitals

Themes of the questionnaire :

- perception of the causes and motives leading to an injury
- context of the injury
- change in behaviour as the result of an accident
- determine if circumstances of injury are related to medication or alcohol use

Luxembourg

L'ENQUÊTE HLA à Luxembourg : Les accidents domestiques et de loisir au Grand Duché de Luxembourg en 2000 [36]

Introduction

En ce qui concerne les accidents de la circulation et du travail, il existe des statistiques détaillées, mais au Luxembourg comme dans d'autres pays, les données sont rares concernant les accidents domestiques et de loisir. Une étude européenne a donc été projetée afin de recueillir des données pour permettre une estimation de la situation.

Le système européen de surveillance des accidents domestiques et de loisir (European Home and Leisure Accident Surveillance System -EHLASS) a été mis en place en 1986 dans 10 états membres sur proposition de la Commission Européenne dans le cadre des programmes de protection de la santé des consommateurs (DG XII). En 1999 ce programme change de direction de tutelle, pour être incorporé dans les programmes de la DG V. Il s'appelle alors HLA (Home and Leisure Accident).

Au début du projet les données ont été recueillies au Luxembourg pendant 3 années auprès des professionnels de la Santé d'un seul service d'urgence situé au nord du pays. Ce service utilisait la méthodologie commune aux différents pays de l'Union Européenne cependant, les données recueillies ne représentaient qu'une faible tranche de la population luxembourgeoise avec une forte majorité de touristes.

En 1993 le système de repérage des accidents domestiques et de loisir a été modifié. Le Ministère de l'Economie a été chargé de la réalisation du projet HLA au Luxembourg. Pour améliorer la représentativité des données recueillies (tant au niveau de la population qu'au niveau des types d'accidents) et en considération des particularités d'organisation et d'infrastructure des soins médicaux, le Luxembourg, l'Espagne et l'Allemagne ont décidé de recueillir les données concernant les accidents domestiques et de loisir par enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif des ménages. Pour le Luxembourg, il était important d'essayer de recenser non seulement les accidents entraînant un recours aux soins hospitaliers, mais aussi ceux traités médicalement en dehors des services d'urgences hospitalières.

Depuis 1993 l'institut ILRES (Institut luxembourgeois de recherches sociales et d'étude de marché) a été chargé de la réalisation des enquêtes téléphoniques auprès des ménages.

Nombre de ménages enquêtés

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Nombre de ménages enquêtés	3782	3857	3849	4975	4279	4209	4495	3893

En 1996, la gestion administrative du projet a été confiée au Centre de Recherche Public Henri Tudor, chargé également de la diffusion des résultats sur Internet. En 2000, le projet HLA a été transféré au Ministère de la Santé (Division de la Médecine Préventive et Sociale). L'ILRES a réalisé les enquêtes de ménages et le Centre de Recherche Publique Santé (Centre de Ressources en Epidémiologie et Systèmes d'Informations Sanitaires (CRESIS)) est chargé de l'analyse de l'enquête et de la rédaction du rapport. L'intérêt d'une évaluation longitudinale permet d'obtenir des renseignements détaillés sur cet important problème de santé publique. Un des buts principaux de cette étude est de promouvoir des campagnes et des initiatives de prévention pour les accidents les plus fréquents et les populations les plus exposées.

Méthodologie

L'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de ménages, représentatif de la population luxembourgeoise. La sélection aléatoire a été effectuée via l'annuaire téléphonique, en respectant une répartition proportionnelle des numéros dans différentes régions du territoire d'enquête. A partir de ces numéros, l'ordinateur a produit de nouveaux numéros aléatoires en changeant systématiquement les deux derniers chiffres du numéro.

Questionnaire

L'ILReS en collaboration avec l'IAE (Institut d'Administration des Entreprises Pole Lorrain de Gestion) de l'Université de Nancy ont développé un questionnaire pour d'interview téléphonique, en se basant sur la procédure de codifier du manuel de EHLASS produit par l'IREQ (l'institut de recherches et d'études quantitatives) pour la commission européenne en 1991.

Le questionnaire comprend :

- des questions sociodémographiques (région d'habitation, nationalité, taille du ménage, age du chef de famille, ...) ;
- des questions concernant les victimes d'accidents (sexe, age, profession, ...)
- des questions concernant l'accident (lieu, moment de la journée, mécanisme, partie du corps lésée, ...)

Procédure de l'enquête

Les interviews ont été réalisées à partir du call center Telecontact à Luxembourg-Ville par des enquêteurs parlant le luxembourgeois et français. Ceux-ci, travaillaient directement sur ordinateur selon la méthode CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing). Le logiciel dirige les enquêteurs à travers le questionnaire en lui présentant les instructions et les questions à poser. Les réponses sont alors directement encodées par l'enquêteur moyennant son clavier.

L'enquêteur est chargé de procéder comme suit :

- 1) déterminer la personne du ménage la plus adéquate pour répondre aux questions,
- 2) poser les questions d'ordre sociodémographiques pour établir les quotas de l'échantillon des ménages,
- 3) poser les questions pour mettre en évidence la survenue d'accident en 2000,
- 4) proposer éventuellement de reprendre un rendez-vous téléphonique si la personne interrogée ne se souvient pas des événements produits durant l'année écoulée,
- 5) chaque accident cité et retenu selon les critères EHLASS reçoit un label (max. 4 accidents) et est décrit de façon détaillée.

Les accidents retenus pour l'enquête dépendent des critères suivant :

- nécessitant le recours à une aide médicale (qu'elle soit hospitalière ou non)
- ni de la circulation ni du travail
- ni agression, ni suicide

A partir de cette enquête, on peut estimer qu'il y a eu au Luxembourg en 1999 au moins 26 000 accidents domestiques et de loisir. Au cours de la même année, le nombre des accidents de la circulation étaient de 1565 et ceux du travail (et de trajet) de 26 078 (sources Statec). L'enquête téléphonique « HLA 2000 » a pris en compte 3893 ménages soit 11 384 personnes dont 868 ont été victimes d'un accident domestique ou de loisir. Cela représente 7.6% de la population du pays.

Considération méthodologiques

1. Malgré l'intérêt des enquêtes téléphoniques pour ce type d'estimation des accidents domestiques et de loisir, la représentativité de toutes les tranches de la population à risques n'est pas nécessairement vérifiée (par exemple : difficulté de recensement des personnes âgées vivant seules ou dans une maison de soins, hospitalisées ou décédées à la suite d'un accident domestique).
2. Le choix du critère d'accidents « *nécessitant le recours à une aide médicale (qu'elle soit hospitalière ou non)* » engendre un biais. Le problème majeur de cette définition vient du fait que le recours à une aide médicale est un besoin ressenti qui dépend souvent du jugement d'une personne. Le recours à cette aide peut donc, pour une même gravité d'accident varier dans le temps pour une même personne, varier d'une personne à l'autre entraînant par là, des biais de sélection.
3. D'autre part, il reste un éventuel problème de sous ou sur déclaration d'accidents : limite entre accidents du travail et accidents domestiques (cas des travailleurs non déclarés) ou entre accidents de la circulation et accidents de loisir (problème de la définition du lieu de l'accident de la circulation) etc ...

Compte tenu des différents biais qu'induit la méthodologie d'une enquête par téléphone, il serait souhaitable pour les études à venir d'adopter une méthodologie plus adéquate, tenant compte des différents biais énumérés ci-dessus.

Comparison of variables

	Spain	Germany	Luxemburg
Country of collection	X	X	X
Identifier			
Intent/Type of injury	X	X	X
Injury₂			
Age injured person	X	X	X
Sex injured person	X	X	X
Activity	X	X	X
Date of injury	X	X	
Time of injury	X		
Date of attendance			
Time of attendance			
Place of occurrence	X	X	X
Nature of injury	X	X	X
Body part injured	X	X	X
Mechanism	X	X	X
Sports	X	X	X
Follow-up/ Treatment/ disposition	X	X	X
Length of stay	X		X
Discharge status	X		
Severity / death	X	X	X (death)
Nationality		X	X
Country of residence	X	X	X
Place of residence	X	X	X
Employment of injured / legal responsible	X	X	
Profession of injured / legal responsible		X	
External cause of injury		X	
Alcohol use	X		
Other psycho. subst. use	X		
Vehicle involvement			
Mode of transport		X	
Prod. involved in the acc.	X		
Prod causing the injury	X		
Other product			
Narrative (circumstances)	?		?
Narrative (products)			

Codification

V2000

V96 ?

V86

3 – Autres enquêtes transversales

De nombreuses enquêtes transversales sont réalisées, dans tous les domaines, dont certaines en santé fournissent déjà des informations sur les accidents. On trouvera ci-après quelques exemples, surtout en France, avec quelques détails sur leurs méthodes et leurs questionnaires.

Enquête Santé et Protection Sociale (Irdes, France)

L'enquête ESPS est l'exemple typique d'une enquête transversale dans le domaine de la santé. Mise en place initialement en 1988, réalisée tous les deux ans sur un échantillon représentatif de la quasi-totalité des assurés sociaux en France, elle fournit des résultats de toute nature sur l'état de santé et la consommation de soins, y compris sur les accidents de la vie courante depuis 2000. Elle permet de répondre à des questions d'actualité intéressant les différents intervenants du domaine de la santé. Cette enquête est aussi intéressante de par les difficultés méthodologiques rencontrées dans sa mise en œuvre : problèmes liés aux populations non incluses ou non joignables, nécessité de procéder à des redressements sur les répondants, prise en compte des non réponses lors d'entretiens téléphoniques, formulation de questions claires pour obtenir des réponses fidèles et homogènes, influence des biais de mémorisation ou de sélection, à prendre en compte dans l'analyse des données, etc.

Les principaux thèmes abordés et les informations recueillies dans l'Enquête SPS concernent :

- les caractéristiques sociodémographiques
- la couverture sociale
- les questions d'opinions et de comportements
- l'état de santé : morbidité déclarée, incapacités, état de santé perçu, etc.
- la consommation de soins

L'ESPS comporte un questionnaire principal qui permet de relever les informations générales (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle,..) sur les enquêtés et leurs ménages [8-10]. L'enquête comporte d'autres questionnaires, parmi lesquels le questionnaire santé qui permet de repérer les affections présentées par un individu à un moment donné. On y trouve depuis 1998 une partie sur les accidents de la vie courante, composée de deux questions principales. La première permet de repérer les personnes victimes d'au moins un accident de la vie courante (avec un recours à un professionnel de santé) au cours des trois mois précédant l'enquête. La suivante décrit le dernier des accidents (si la personne en déclare plusieurs) sous forme de plusieurs sous questions, relatives : au type d'accident, à la blessure qu'il a provoquée, au type de recours aux soins utilisé, à la limitation d'activités entraînée.

L'échantillon

Le champ de l'enquête est celui des ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est assuré à l'un des trois principaux régimes de Sécurité sociale. Les ménages collectifs (en maison de retraite, en communauté religieuse, en prison, etc.) sont donc exclus. L'inclusion dans l'enquête se fait par la sélection d'un « assuré principal » à partir d'échantillons constitués par les trois caisses de Sécurité sociale. Si cet assuré principal a plus de 15 ans et est présent dans le ménage, on enquête toutes les personnes vivant dans son foyer. Ces trois échantillons sont représentatifs d'environ 95 % des personnes résidant en France

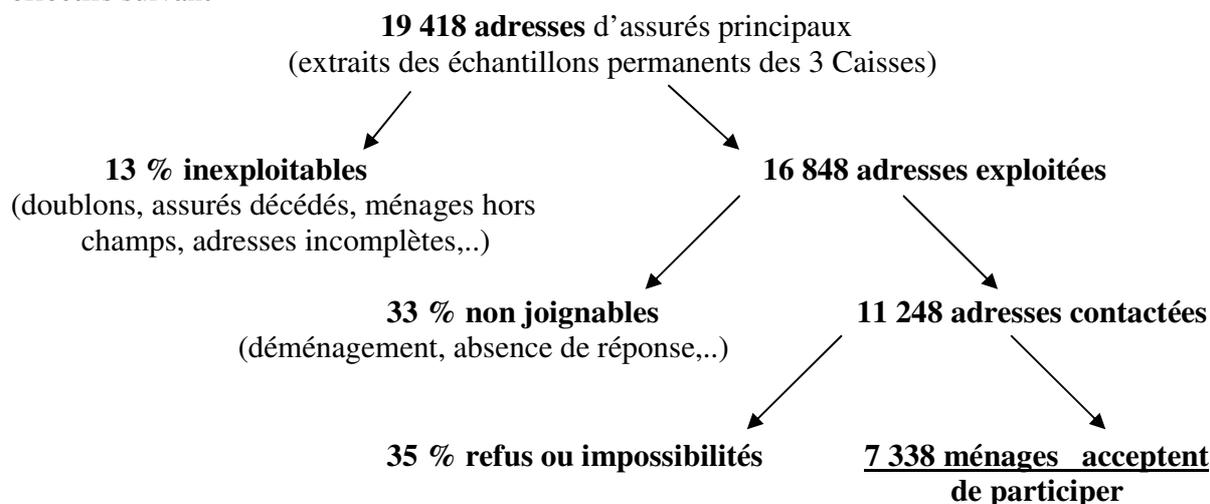
métropolitaine. Ils ont été construits pour être représentatifs des assurés (et de leur ayants droit). Pour la réalisation de l'ESPS une année n, les enquêteurs contactent la moitié des assurés (assurés principaux) de l'échantillon de ménages. L'autre moitié est contactée au cours de l'enquête réalisée l'année n+2. C'est ainsi qu'en 2002, la seconde moitié de l'échantillon tiré en 2000 a été utilisée. Les critères d'exclusion sont : vivre dans un ménage collectif (maison de retraite, prison) ; ne pas disposer d'une résidence fixe ; être domicilié hors France métropolitaine ou à l'étranger ; faire partie d'un ménage dont l'assuré principal est décédé.

Modalités de recueil, déroulement de l'enquête

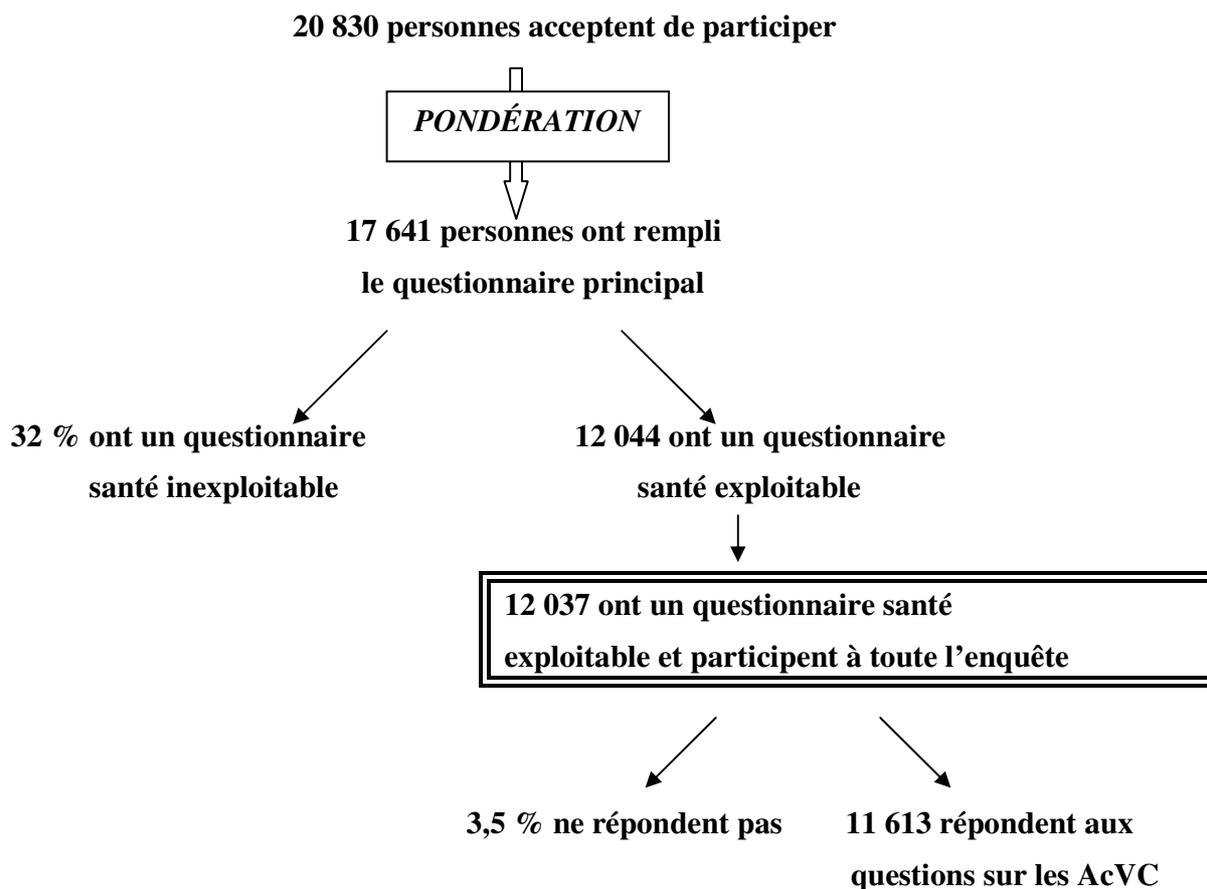
Toutes les informations relatives à la santé sont recueillies par des questionnaires auto-administrés, c'est à dire remplis par la personne concernée. Chaque membre du ménage doit remplir un questionnaire santé. Si ce n'est pas possible (ex : enfants), le questionnaire est rempli par un adulte du ménage. Ce questionnaire permet de repérer les affections déclarées par les individus. Lorsque la personne a été hospitalisée au cours des trois mois précédant l'enquête, elle remplit un questionnaire hospitalisation (pour chaque hospitalisation).

L'enquête sur le terrain est sous-traitée à une société de sondage. Elle est effectuée en 2 vagues : une au printemps, l'autre en automne. La répartition des individus dans les 2 vagues est aléatoire. L'enquête associe l'interview standardisée directe (par téléphone ou en face en face) et l'envoi ou le dépôt de questionnaires auto administrés. C'est l'assuré principal qui est interviewé et qui répond aux questions concernant le ménage (questionnaire principal). Les différents membres du ménage remplissent eux-mêmes les questionnaires auto administrés lorsque c'est possible.

Les interviews sont effectuées au téléphone (CATI) pour les assurés dont le numéro de téléphone a pu être trouvé, et face à face pour les autres. L'enquête nécessite quatre contacts téléphoniques dans le premier cas et deux visites à un mois d'intervalle dans le second. Elle se déroule en deux vagues successives, une au printemps (entre mars et juin), l'autre en automne (entre octobre et décembre), afin de tenir compte de la saisonnalité de certaines pathologies. Depuis 2002, les ménages dont l'assuré principal est âgé de 70 ans et plus sont enquêtés en face-à-face, ce qui augmente la participation à l'enquête. L'enquête réalisée en 2002 a fourni les effectifs suivant



Seulement 38 % (7 338/19 418) des assurés tirés au sort ont accepté de participer à l'enquête. et ont donc au moins rempli le questionnaire principal. Les 7 338 ménages représentaient 20 830 personnes. Un redressement post enquête a été effectué sur l'âge, l'activité, la taille du ménage, la taille d'unité urbaine. Le calcul des pondérations a été fait sur les 7 338 ménages, tous les individus d'un même ménage ont eu la pondération du chef du ménage.



L'effectif redressé correspondant aux 20 830 personnes qui ont accepté de répondre à l'enquête est de 17 641 personnes. Parmi ces enquêtés, 12 037 personnes (68 %) ont un questionnaire santé exploitable, un âge connu et ont participé à toute l'enquête, dont 11 613 (92,6 %) ont répondu aux questions sur les AcVC dans le questionnaire santé. Ce sont enfin 613 personnes qui ont déclaré avoir eu au moins un accident de la vie courante dans les trois mois précédant l'enquête.

Les questions concernant les accidents de la vie courante :

– **Au cours des 3 derniers mois, avez-vous été victime d'un ou plusieurs accidents de la vie courante ayant entraîné le recours à un professionnel de santé ?** (tel qu'un médecin, un pharmacien, une infirmière, un kinésithérapeute...).

Les accidents de la vie courante ne comprennent pas les accidents de la circulation, ni ceux du travail, ni les agressions.

oui non

– **Si oui :**

Combien avez-vous eu d'accidents de la vie courante au cours de ces 3 derniers mois ?
.....

Le dernier accident a eu lieu ? au domicile à l'école
au cours d'une activité sportive
sur un lieu de loisirs
autre, précisez :

Décrivez la blessure due au dernier accident : (brûlure, coupure, fracture...)
.....

Où était située cette blessure ? (tête, main, bras, cuisse...)

A quels soins avez-vous eu recours pour ce dernier accident ?

soins de médecins :	oui	non
soins infirmiers ou de kinésithérapie.....	oui	non
achats en pharmacie.....	oui	non
passage aux urgences d'un hôpital.....	oui	non
hospitalisation.....	oui	non
autres, précisez :		

Au cours des 48 heures qui ont suivi ce dernier accident, avez-vous été limité dans les activités que vous faites habituellement ? oui non

Limites de l'enquête :

Les données recueillies dans ESPS sont déclaratives, elles peuvent donc manquer de précision, être affectées de biais de mémorisation, par exemple des omissions « volontaires » sur des sujets très personnels, des omissions involontaires lorsque des faits sont perçus comme n'étant pas importants, des imprécisions ou déformations (de certaines maladies...). Un effet liste conduit à une sous-déclaration spontanée des affections non proposées dans la liste initiale des maladies. La méthode de recueil en plusieurs étapes permet souvent de faire préciser l'information en demandant des renseignements complémentaires lors d'un contact ultérieur, et ainsi de corriger en partie les omissions involontaires.

Les individus les plus malades sont sous-représentés lorsqu'ils sont en institution ou en hospitalisation longue durée (donc hors champ de l'enquête). Les individus les plus malades, qui sont les plus grands consommateurs de soins, sont sous-représentés. En effet, d'une part, le champ de l'enquête ne comprend pas les individus en hospitalisation de longue durée ou en institution ; d'autre part, parmi les personnes incluses dans ce champ, les plus malades ou les plus âgées refusent plus souvent de participer que les autres.

La courte périodicité de l'ESPS en fait un outil d'aide à la décision, car on peut intégrer rapidement des thématiques qui nécessitent une exploration avant une prise de décision politique ou institutionnelle ou au contraire une évaluation après une prise de décision.

Enquête Baromètre Santé (Inpes, France)

L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé est une agence sanitaire dont un des rôles majeurs est d'organiser les campagnes d'information et de prévention en France dans le domaine de la santé. Cet Institut a développé depuis 1992 une enquête descriptive dénommée « Baromètre santé », dont l'objectif est d'observer les comportements, attitudes, opinions et connaissances des français en matière de santé, réalisée en vue de développer des programmes de prévention. L'intérêt de cette enquête pour le présent projet est double. D'une part elle fournit certains résultats dans le domaine des accidents de la vie courante, d'autre part la méthode employée, les variables et la formulation des questions peuvent aider à la mise en place d'une enquête type au niveau européen.

Présentation du Baromètre santé

L'objectif premier de la série d'enquêtes Baromètre santé est de concevoir et d'alimenter régulièrement une base de données sur les connaissances, les attitudes, les comportements et les opinions des Français en matière de santé. De nombreux sujets sont concernés : la prévention en général, mais aussi la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites, les accidents de la vie courante, les vaccinations, l'usage de médicaments, le cancer, le sport, la nutrition, etc. Ces enquêtes sont répétées tous les deux ans entre 1992 et 1999, ce qui permet de suivre les évolutions des opinions, des comportements, et de certains indicateurs de santé. Elles permettent également de mieux définir les objectifs des programmes nationaux de prévention, d'orienter des études spécifiques quantitatives ou qualitatives, et d'engager, en matière de prévention et d'éducation pour la santé, des actions de terrain plus ciblées sur des types de populations ou dans certaines régions.

Choix de la méthode du recueil des données [11]

Le Baromètre santé est une enquête périodique de type déclaratif, utilisant la technique du sondage aléatoire par téléphone, assisté du système CATI (computer assisted telephone interview). La constitution de l'échantillon s'opère à deux niveaux de probabilité :

- 1 - tirage au sort des ménages à partir de l'annuaire téléphonique
- 2 - tirage au sort d'un individu dans chaque ménage parmi l'ensemble des sujets éligibles.

L'enquête est réalisée uniquement si les interviewés comprennent et parlent le français, et s'ils décrochent le téléphone dans leur résidence principale. Celle-ci se situe impérativement en France métropolitaine.

Les arguments en faveur de la méthode du téléphone :

- qualité de la base de sondage relativement exhaustive et régulièrement actualisée
- taux de participation relativement correct surtout si cette collaboration est motivée par l'envoi d'une lettre annonce
- gestion automatisée des interviews (CATI)
- l'absence physique de l'enquêteur limite l'influence au niveau des réponses ; surveillance de l'administration et de la compréhension du questionnaire
- possibilité d'interroger les personnes en difficulté avec l'écriture ou la lecture.

Les arguments en défaveur de la méthode du téléphone :

- temps de réflexion plus court pour répondre aux questions et donc possibilité d'oubli ou d'erreur dans certains domaines (biais de mémorisation)
- isolement de l'interviewé pour répondre aux questions pas toujours possible
- risque de biais de déclaration lorsque l'interviewé est peu enclin à la verbalisation à propos de sujets sensibles ou intimes ;

Dans la réalisation du Baromètre santé 2000, adultes et jeunes ont été interrogés dans la même enquête, ce qui a permis d'avoir un continuum d'observation des comportements de santé selon l'âge des individus (de 12 à 75 ans). La taille de l'échantillon a été augmentée en 2000, passant à 13 685 individus interrogés. La précision des estimations s'en trouve améliorée, et il devient alors plus réalisable de détecter des évolutions d'opinions ou de comportements. Par ailleurs, cinq suréchantillons régionaux ont été constitués, pour fournir des résultats régionaux..

Enfin, les abonnés sur liste rouge (à partir de l'annuaire inversé) ont été inclus dans la base de sondage, permettant ainsi un gain en terme de couverture de l'échantillon.

Le questionnaire du Baromètre santé

Le questionnaire du Baromètre santé s'inspire en partie des problématiques des campagnes d'information et de prévention réalisées par les organismes partenaires, ainsi que de certains travaux internationaux (OMS). La structure du questionnaire se compose de trois types de questions :

- des questions permanentes qui sont répétées à chaque enquête (noyau dur)
- des questions semi-permanentes
- des questions circonstanciées qui sont fonction des intérêts ponctuels ou conjoncturels de l'Inpes et de ses partenaires.

Les grands thèmes abordés concernent la perception de la santé, la qualité de vie, la vaccination, la consommation de tabac et d'alcool, la sexualité, la violence, la consommation de soins et de médicaments, les accidents.

Les questions concernant les accidents de la vie courante [12]

- Au cours des 12 derniers mois, combien d'accident avez-vous eu ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital ?
- Parmi ces accidents au cours des 12 derniers mois, était-ce :
 - un accident de vélo
 - un accident de moto, mobylette, scooter
 - un accident de roller/patins à roulettes
 - un accident de skate
 - un accident de voiture
 - un accident de travail ou d'atelier
 - un accident de sport ou de loisirs autre que vélo, roller et skate
 - un accident domestique (à la maison ou autour)
 - un accident à l'école, au lycée, à l'université en dehors du sport
 - autres (bagarres, chutes, à préciser)
 - NSP (ne sait pas)
 - autre accident

Si accident de vélo :

- L'accident de vélo que vous avez eu au cours des 12 derniers mois, était-ce :
 - avec un VTT
 - avec un BMX
 - avec un autre vélo
 - NSP

Si accident de voiture :

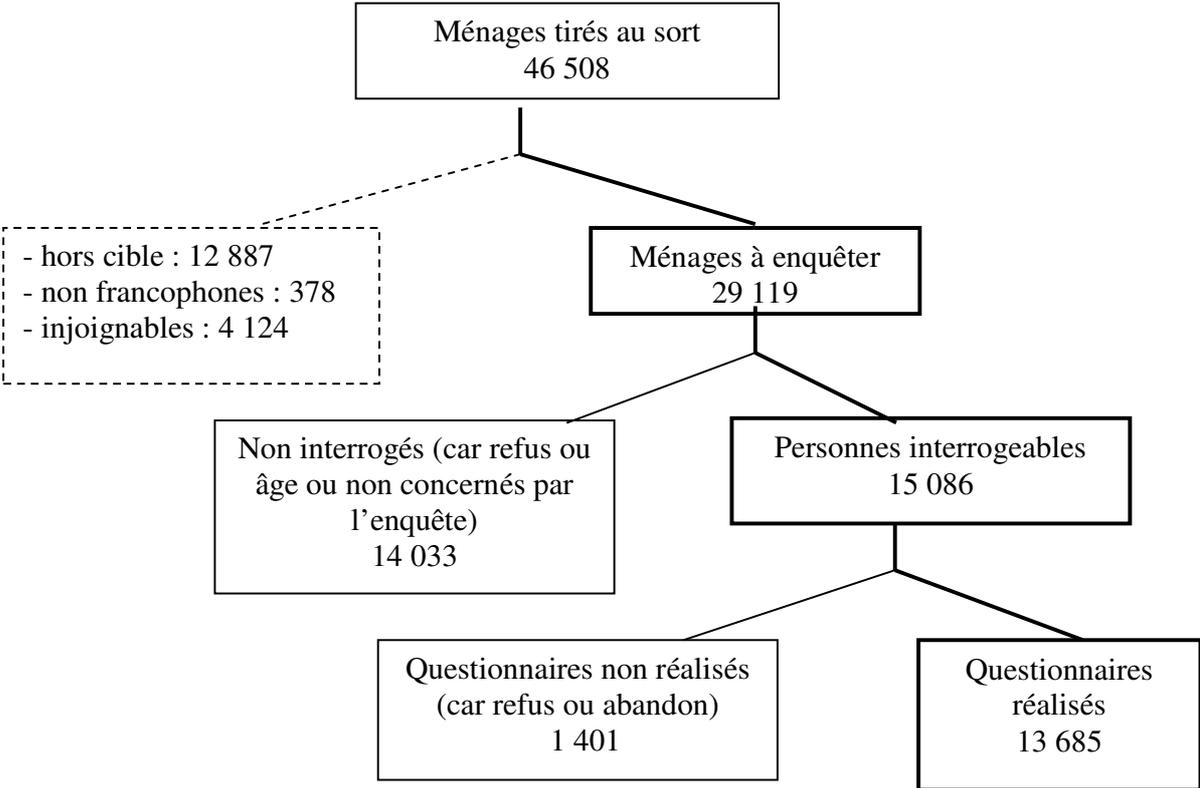
- Lors de l'accident de voiture que vous eu au cours des 12 derniers mois, étiez-vous :
 - conducteur
 - passager
 - NSP

Si accident de vélo, de roller, de skate ou autre type d'accident de sport ou de loisirs :

- Le type d'accident que vous avez eu au cours des 12 derniers mois , a-t-il eu lieu :
 - à l'école, au lycée, à l'université
 - dans un autre lieu
- Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu [accident considéré] *
[lieu considéré]
- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait :
 - de la moto, mobylette, scooter
 - du vélo
 - du roller, patins à roulette, skate
- La dernière fois, en faisant de la moto, de la mobylette, du vélo...., avez-vous porté un casque ?
 - oui
 - non
 - NSP
- Au cours des 30 derniers jours, avez-vous quelque chose de risqué pour le plaisir ou par défi ?
 - non
 - oui, 1 fois
 - oui, 2 fois
 - oui, 3 fois ou plus
 - NSP
- La dernière fois, qu'est-ce que c'était ?

Résultat de la participation au Baromètre santé 2000

Devenir des ménages tirés au sort en 2000



Enquête décennale santé (Insee, France)

Objectifs

L'enquête santé, ou enquête décennale santé, est réalisée sous la responsabilité de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) environ tous les dix ans. La dernière enquête a été menée en 2002-2003. Elle comportait trois objectifs principaux [13] :

- 1) Mesurer la santé des personnes enquêtées :
 - recenser les maladies (problèmes de santé), y compris les handicaps, les incapacités et les déficiences, dont elles déclarent souffrir,
 - recenser des situations susceptibles d'engendrer des problèmes de santé et/ou des consommations de soins (grossesse, stérilité etc.),
 - mesurer la perception qu'ont les personnes de leur état de santé.
- 2) Mesurer les consommations de soins et de prévention des personnes enquêtées :
 - décrire chaque type de consommation (sa nature et la 'quantité' consommée),
 - lier chaque consommation aux motifs qui l'expliquent,
 - estimer le montant des dépenses de santé qu'engendrent ces consommations.
- 3) Mesurer certains des déterminants de la santé :
 - caractériser ses principaux déterminants sociodémographiques (age, sexe, taille du ménage et sa composition) et économiques (profession actuelle, profession exercée le plus longtemps, niveau d'éducation, revenus etc.),
 - caractériser certains de ses déterminants individuels : habitudes alimentaires, pratique du sport, consommation de tabac, d'alcool, évènements au cours de la vie etc.

Protocole

L'enquête a consisté à interroger individuellement des adultes, indirectement des enfants issus des 15 000 ménages répondant, à partir d'un fichier de 25 000 adresses. Cinq vagues d'enquêtes ont été réalisées sur 1 an (entre septembre 2002 et octobre 2003). Chaque vague a duré deux mois et comportait 3 visites d'un enquêteur, à un mois d'intervalle, au domicile des personnes à interroger. Les questionnements CAPI étaient complétés par un carnet de soins pour le relevé des maladies et des consommations médicamenteuses entre deux visites d'enquêteur. Le fait qu'il y ait plusieurs visites permettait de relever la consommation de soins entre la première et la seconde visite (lors de la deuxième visite) et entre la première et la troisième visite (lors de la troisième visite).

De multiples questions ont ainsi été posées lors de cette enquête, concernant les conditions de vie des ménages, la protection sociale, les gênes et handicaps, les maladies, antécédents de santé, etc. Un module « accidents » a été introduit, ainsi lors de la deuxième visite on demandait si la personne avait eu un accident de la vie courante depuis la visite précédente (donc dans le mois précédant la question). Les limites sont semblables que pour l'ESPS : limites inhérentes à l'enquête transversale, absence d'utilisation de nomenclatures approuvées, difficultés à former les enquêteurs, réponses déclaratives, etc. L'enquête décennale santé fournit donc des informations sur les accidents de vie courante directement en population générale. Les données seront disponibles fin 2005.

Les questions posées étaient les suivantes :

Parmi les maladies et problèmes de santé cités pour X, y en a-t-il qui soient consécutifs à un accident ou un évènement violent (une agression, un attentat, une rixe) ?

- 1 oui
- 2 non

Si oui :

Quel est la maladie ou le problème de santé qui est lié à un accident ou évènement violent ?

S'il y a plusieurs accidents ou évènements violents à décrire, l'enquêteur doit préciser à la personne que l'on parle maintenant du premier d'entre eux et que l'on parlera ensuite du ou des autre(s). Si plusieurs maladies ou problèmes de santé liés, choisir celui qui apparaît « le plus significatif » à la personne.

Cet accident ou évènement violent est-il survenu ?

- 1 avant la première visite de l'enquêteur ==> aller en **A5C**
- 2 après ma première de l'enquêteur visite ==> aller en **A4CM**

SI L'ACCIDENT EST SURVENU AVANT LA PREMIERE VISITE

A5C En quelle année ?

□□□□

L'accident qui a eu lieu en (*Année de l'accident*)

S'agissait-il :

- 1 - d'un accident sur le lieu de travail (au bureau, à l'usine, à l'atelier, sur un chantier...)
- 2 - d'un accident de la circulation (y compris ceux considérés comme accidents du travail)
- 3 - d'un accident domestique (activités ménagères, bricolage, jardinage...)
- 4 - d'un accident lié à une activité sportive ou de loisirs sportifs
- 5 - d'une agression
- 6 - d'une rixe
- 7 - d'un autre type d'évènement violent

Si la personne occupe ou a occupé un emploi

L'accident qui a eu lieu en

Cet accident (cet évènement violent) a-t-il été reconnu comme un accident du travail ?

- 1 oui
- 2 non

L'accident qui a eu lieu en

Cet accident (cet évènement violent) a-t-il donné (donne-t-il) lieu à des indemnisations ?

- 1 oui
- 2 non

SI L'ACCIDENT EST SURVENU APRES LA PREMIERE VISITE

A4CM Quel mois ?

□□

Plus précisément quel jour ?

□□□

A2C L'accident du (*date de l'accident*)

Il s'agissait ?

- 1 d'un accident
- 2 d'une agression
- 3 d'une rixe
- 4 d'un autre type d'évènement violent

Si la personne occupe un emploi

A10C L'accident du

Est-ce arrivé sur le lieu de travail de X ?

- 1 oui
- 2 non]

*S'il s'agit d'un accident (A2c=1) ==> les questions A11c à A15c seront posées.
Sinon, on ira directement à la question A16c*

A11C Que faisait X au moment de cet accident ou traumatisme ?

- 1 - Se déplaçait en voiture
- 2 - Se déplaçait en moto, mobylette, scooter
- 3 - Se déplaçait à bicyclette
- 4 - Se déplaçait en roller, patinette, patins à roulettes
- 5 - Marchait
- 6 - Courait
- 7 - Etait occupé à une activité ménagère
- 8 - Faisait du bricolage, des travaux de réparation
- 9 - Faisait du jardinage
- 10 - Pratiquait un sport (précisez lequel) ==> **A12C** De quel sport s'agissait-il ?
- 11 - Faisait de l'éducation physique à l'école ==> **A12C** De quel sport s'agissait-il ?
- 12 - Avait une autre activité en milieu scolaire
- 13 - Avait une activité de loisirs, de jeu
- 14 - Avait une autre activité
- 15 - Ne se souvient pas

A13C Où a eu lieu cet accident ou traumatisme

- 1 - Au domicile : à l'intérieur du logement
- 2 - Au domicile : à l'extérieur du logement (dépendances, cour, jardin...)
- 3 - A l'école, au lycée, dans un lieu d'enseignement
- 4 - Dans un lieu de sport
- 5 - Dans un lieu de loisir
- 6 - Dans une rue, sur une route, un trottoir, un parking
- 7 - Dans un autre lieu hors domicile (commerce, gare, musée...)
- 8 - Autre lieu
- 9 - Ne se souvient pas

A14C Comment X a-t-il été blessé ?

- 1 - Est tombé
- 2 - A reçu un choc
- 3 - S'est brûlé
- 4 - A eu une coupure, une piqûre, une morsure, une pénétration de corps étranger dans le corps
- 5 - A subi une intoxication (par ingestion, inhalation, autre...)
- 6 - A été victime d'un étouffement, d'une noyade
- 7 - A été victime d'une explosion
- 8 - Autres mécanismes accidentels

A15C Quels ont été le ou les principaux éléments impliqués dans cet accident ou traumatisme ?

- 1 - Elément de l'environnement extérieur (mur, trottoir, barrière...)
- 2 - Structure de la maison (mur, pilier...)
- 3 - Objet de décoration, mobilier, état du revêtement (du sol, du plafond)
- 4 - Ustensiles de cuisine ou de blanchissage
- 5 - Liquides chauds, vapeurs
- 6 - Outils de bricolage ou de jardinage
- 7 - Equipements de sport et de jeux
- 8 - Véhicules ou accessoires
- 9 - Animaux
- 10 - Plantes
- 11 - Débris, déchets
- 12 - Autre élément
- 13 - Ne se souvient pas
- 14 - Pas d'élément impliqué

A16C Dans les 48 heures qui ont suivi cet accident ou traumatisme, X a-t-il été limité dans les activités qu'il fait habituellement ?

- 1 oui, sévèrement limité
- 2 oui, limité
- 3 non, pas du tout

Si la personne occupe un emploi

L'accident du

Cet accident (cet évènement violent) a-t-il été reconnu comme un accident du travail ?

- 1 oui
- 2 non

D'autres maladies ou problèmes de santé de X sont-ils liés à un autre accident (ou évènement violent) ?

- 1 oui
- 2 non

Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire

Chaque année en France sont réalisées des enquêtes en milieu scolaire. Organisées sur le plan national, dans l'ensemble des lycées et collèges de France, elles consistent à faire poser des questions aux enfants scolarisés, avec l'accord de leur parents, en rapport avec leur santé. L'échantillon est tiré au sort au niveau national, avec une surreprésentation des « zones d'éducation prioritaires ». L'année N, ce sont les enfants de 6 ans qui sont enquêtés, l'année N+1 les enfants de 15 ans, l'année N+2 les enfants de 10 ans, et le cycle de 3 ans recommence. Outre les données sociodémographiques habituelles, les questions posées concernent le statut pondéral, les habitudes alimentaires et de vie, la vision, l'audition, les pathologies chroniques, les vaccinations et depuis 2001-2002 les accidents de la vie courante.

L'avantage principal de cette enquête est qu'elle porte sur une population captive, dans la mesure où tous les enfants de moins de 16 ans sont scolarisés en France. Il n'y a donc pas, en principe, de biais de sélection. Cependant cette enquête très lourde à organiser, à laquelle participe de nombreuses institutions, dépend aussi beaucoup des capacités effectives des personnels de l'éducation nationale à recueillir dans de bonnes conditions des renseignements de santé.

Le questionnaire le plus abouti sur les accidents de la vie courante a été posé en 2003-2004, aux enfants de 15 ans. Il souffre des mêmes inconvénients que ceux des enquêtes précédentes. Il présente notamment l'inconvénient que le nombre de questions qu'il est possible de poser dans le contexte d'une enquête à plusieurs thèmes, avec des enquêteurs non formés au domaine des accidents de la vie courante, est nécessairement réduit. Les nomenclatures reconnues ne peuvent être utilisées, les produits en cause dans la survenue des accidents ne sont pas codés, les informations sur les séquelles sont en général rudimentaires.

As-tu eu un accident ou t'es-tu blessé depuis la fin de la dernière année scolaire (depuis le 1^{er} juillet 2003) ?

non

oui : → combien d'accidents

SI OUI, et pour l'accident « le plus grave » :

Était-ce un accident de la circulation ?

non oui :... → préciser (*voiture, scooter, vélo, piéton, autre*)

Qu'est-ce que tu as eu ?

(Orienter la réponse pour obtenir une information sur la lésion et la partie lésée)

Où cet accident s'est-il passé ? (*lieu : plusieurs réponses possibles*)

Cadre scolaire	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Terrain de sport ou installation sportive.....	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Lieu de loisir.....	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Voie publique (rue, trottoir, parking).....	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Domicile	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Autre	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

Quand cet accident est-il survenu ?

- Pendant les grandes vacances scolaires (du 1/7 à la rentrée) non oui
Pendant d'autres vacances scolaires non oui
Pendant la période scolaire non oui
Préciser le mois de survenue :|_|_|

Qu'est-ce que tu faisais ? (activité)

- Sport non oui
→ Sport organisé non oui
→ Quel sport ?
Jeux, autres activités de loisir non oui
Déplacements non oui
Autres activité, préciser :

Comment est-ce arrivé (chute, choc, brûlure, coupure, etc.) ? (mécanisme, voir liste)

.....

Conséquences :

- Dans les 48 heures qui ont suivi cet accident, as-tu été limité dans tes activités ?
non ... oui, limité ... oui, sévèrement limité ...

- As-tu eu à cette occasion une dispense d'éducation physique et sportive ?
non oui : ... → combien de semaines |_|_|

Guide de remplissage

Question initiale

Un accident peut être considéré comme « tout événement indépendant de la volonté de l'homme, caractérisé par la libération soudaine d'une force extérieure, qui peut se manifester par une blessure corporelle ». Dans cette enquête, sont considérés les seuls accidents ayant entraîné *d'être allé* à l'hôpital ou dans une clinique, d'être allé voir un médecin, ou à une pharmacie *pour se faire soigner*. Avoir eu un accident suppose donc ici : avoir eu une *atteinte corporelle*.

On inclut donc les accidents de la circulation, à *condition qu'ils aient entraîné une atteinte corporelle* pour l'adolescent. Les accidents de la circulation peuvent faire intervenir des véhicules à moteur, des véhicules sans moteur (accidents de vélo, de roller, de trottinette, ...) ou être survenu sur un piéton (en général par choc contre un véhicule).

Compte tenu de la grande fréquence des AcVC chez les enfants de cet âge dans le domaine des activités sportives, du fait que l'enquête cherche notamment à rendre compte de la survenue des AcVC dans le cadre scolaire, et des grands risques de biais de mémorisation, il a été jugé préférable de se référer pour l'interrogatoire à *la date de début des grandes vacances précédant l'année scolaire, c'est-à-dire depuis le 1^{er} juillet*. On inclut dans la question les accidents survenus dans les grandes vacances, ainsi que les accidents survenus dans les autres vacances scolaires (Noël, ...) par exemple aux sports d'hiver.

Question sur l'accident « le plus grave »

L'accident *le plus grave* est celui qui est *considéré comme le plus grave par l'enfant*.

Lésion et partie lésée :

Concernant *la lésion* : fracture, coupure, entorse, atteinte musculaire, brûlure, écrasement, électrocution, pincement, noyade, autre (préciser).

Concernant *la partie lésée* : crâne, visage, cou, tronc, poignet-main-doigt, membre supérieur (autre), membre inférieur, peau.

La retranscription de la réponse peut se faire en une seule expression. Exemples : fracture du poignet, coupure de la jambe.

Lieu :

Une case au moins doit être cochée. Plusieurs cases peuvent être cochées. Exemple : milieu scolaire et terrain de sport. Lorsqu'il s'agit d'un accident de sport pratiqué *dans un lieu appartenant au « cadre scolaire »* :

- cet item « *cadre scolaire* » ne doit être coché que lorsque l'activité en question se rapporte à l'éducation physique et sportive *dans le cadre contraint des horaires scolaires*.
- dans le cas contraire, c'est-à-dire si le sport est pratiqué *hors cadre contraint des horaires scolaires*, il faut cocher le lieu « *terrain de sport* ».

Activité :

Une case doit être cochée.

En cas d'accident de sport, préciser s'il était organisé ou non, et de quel sport il s'agissait. L'éducation physique et sportive en horaires scolaires contraints est considérée comme un sport organisé.

L'activité en récréation (entre deux cours) n'est pas considérée comme du sport.

Lorsqu'une activité peut être considérée comme du sport et du loisir, cocher sport. Exemple : une randonnée en vélo est une activité de loisir (promenade). Une course ou une randonnée avec notion de performance (vitesse, endurance, émulation, ...) devra être considérée comme une activité sportive.

Mécanisme :

Liste indicative des mécanismes :

- est tombé,
- a reçu un choc,
- s'est brûlé,
- a eu une coupure, une piqûre, une morsure, une pénétration de corps étranger dans le corps,
- a subi une intoxication (par ingestion, inhalation, autre...),
- a été victime d'un étouffement, d'une noyade,
- a été victime d'une explosion,
- autres mécanismes accidentels.

Enquêtes TNS-Sofres

Eléments d'information recueillis lors d'un entretien à TNS Sofres (février 2004)

Dans le cadre d'une enquête représentative auprès des ménages sur le thème des accidents de la vie courante avec recours aux soins, la méthodologie de l'enquête téléphonique par quota demeure la meilleure [15]. Il s'agirait d'interroger les personnes sur les accidents de la vie courante survenue dans les 12 derniers mois (« en déclaratif spontané », puis en « déclaratif assisté »).

A partir de 15 ans, une personne peut répondre elle-même à l'enquête. Il existe des procédures relativement sophistiquées de rappel des personnes absentes et de gestion des numéros sur « liste rouge ». Les biais d'une telle enquête sont assez bien connus.

Compte tenu d'un taux d'incidence de ces accidents autour de 10 % et de la volonté de pouvoir « redresser » les résultats du recueil hospitalier par les résultats de cette enquête, en utilisant les descripteurs :

- Age (en 4 classes)
- Sexe (en 2 classes)
- Activité (en 5 classes)

soit $4 \times 2 \times 5 = 40$ sous-groupes d'un effectif minimum de 50 victimes => 2 000 victimes

$2000 \times 0,10 = 20\ 000$ individus à contacter, soit environ 6000 ménages à contacter.

La grande partie du questionnaire (environ une trentaine de questions) comprenant un noyau de questions commun au recueil hospitalier (+ des variables sociodémographiques) serait constituée de questions fermées, utilisant une nomenclature proche de la nomenclature EPAC (recueil hospitalier français). La durée du questionnaire serait d'environ 20 minutes et s'appuierait sur le système CATI.

Nos interlocuteurs de la TNS-Sofres ont fourni des documents décrivant plus précisément la méthodologie à mettre en œuvre et ses limites, ainsi qu'une estimation financière du coût de réalisation d'une telle enquête [16].

Enquêtes Eurobaromètre

1- Présentation de l'Eurobaromètre

Les sondages Eurobaromètre ("sondages Eurobaromètre Standard") sont effectués chaque printemps et chaque automne depuis l'automne 1973 pour le compte de la Direction générale Presse et Communication de la Commission européenne, Secteur Opinion publique. Ils incluent la Grèce depuis l'automne 1980 (Eurobaromètre 14), le Portugal et l'Espagne depuis l'automne 1985 (Eurobaromètre 24), l'ex-République Démocratique d'Allemagne depuis l'automne 1990 (Eurobaromètre 34), l'Autriche, la Finlande et la Suède depuis le printemps 1995 (Eurobaromètre 43). Le site Web de l'Eurobaromètre [17] se trouve à l'adresse : http://europa.eu.int/comm/public_opinion/index_fr.htm. Un exemple récent de résultats est référencé en [18]. On peut aussi consulter l'Eurobaromètre 49 sur la sécurité des produits alimentaires [19].

Une même série de questions est soumise à des échantillons représentatifs de la population âgée de quinze ans et plus dans chaque Etat membre. L'échantillon des sondages Eurobaromètre standard est de 1000 personnes par pays, sauf au Luxembourg (600) et au Royaume-Uni (1000 en Grande-Bretagne et 300 en Irlande du Nord). Afin d'évaluer l'impact de l'intégration des cinq nouveaux Länder au sein de l'Allemagne unifiée et de l'Union européenne, 2000 personnes sont interrogées en Allemagne depuis l'Eurobaromètre 34 : 1000 sur le territoire de l'ex-Allemagne de l'Est et 1000 sur celui de l'ex-Allemagne de l'Ouest.

Dans chacun des quinze Etats membres, les sondages sont effectués par les instituts nationaux associés au bureau de coordination européen, the European Opinion Research Group, un consortium d'agences d'étude de marché et d'opinion publique, comprenant INRA (EUROPE) et GfK Worldwide. Ce réseau d'instituts a été sélectionné par appel d'offres. Ils sont tous membres de la "European Society for Opinion and Marketing Research" (ESOMAR) et se conforment à ses normes. Les chiffres repris dans ce rapport pour chacun des Etats membres sont pondérés par sexe, âge, région et taille de la localité. Les chiffres relatifs à l'Union européenne dans son ensemble sont pondérés en fonction de la population adulte de chaque pays. Dans certains cas, le total des pourcentages d'un tableau n'atteint pas exactement 100% mais un nombre très proche (par exemple 99% ou 101%), les chiffres ayant été arrondis. Ce total peut également dépasser 100% lorsque la personne interrogée a la possibilité de donner plusieurs réponses. Les pourcentages figurant dans les graphiques peuvent accuser une différence de 1% par rapport aux tableaux en raison de l'addition de pourcentages préalablement arrondis.

Le présent rapport, établi par la Direction générale Presse et communication de la Commission européenne, Secteur Opinion publique (chef de Secteur : Thomas Christensen), est un document de travail interne à la Commission européenne.

2- Types de sondages Eurobaromètre

La Commission européenne (Direction générale Presse et Communication) organise des sondages de l'opinion publique, auprès de groupes cibles spécifiques aussi bien que le public

en général. Elle organise aussi des études qualitatives (discussions de groupe, interviews en profondeur) dans l'ensemble des Etats membres et, parfois, dans des pays tiers. Il existe quatre types de sondages :

Eurobaromètre standard (EB)

L'Eurobaromètre standard a été créé en 1973. Chaque étude représente environ 1000 entretiens en face à face par Etat membre (sauf Allemagne: 2000, Luxembourg: 600, Royaume-Uni: 1300 dont 300 en Irlande du Nord). Ces enquêtes sont menées entre 2 et 5 fois par an, et les rapports sont publiés 2 fois par an.

Eurobaromètre spécial (EB)

Les rapports Eurobaromètre spéciaux sont basées sur des études thématiques approfondies réalisées pour le compte de services de la Commission européenne ou d'autres institutions européennes, intégrées dans les vagues de sondage de l'Eurobaromètre standard.

Eurobaromètre Pays Candidats (EBPC)

La première vague a été conduite en octobre 2001 dans l'ensemble des 13 pays candidats. La méthodologie est quasiment identique à celle de l'Eurobaromètre standard. Un rapport par an est publié, outre les rapports spéciaux. Cet outil remplace l'Eurobaromètre d'Europe Centrale et Orientale (CEEB).

Flash Eurobaromètre (EB)

Sondages téléphoniques thématiques réalisés ponctuellement en fonction des demandes des services de la Commission ou d'autres institutions européennes. Le Flash Eurobaromètre permet d'obtenir des résultats relativement rapides et permet de sonder, si nécessaire, des populations spécifiques (médecins, PME, etc.)

Etude qualitative

Ces études sondent les motivations, les sentiments, les réactions de groupes sociaux choisis à l'égard d'un sujet ou d'un concept donné, en écoutant et analysant leur façon de s'exprimer dans des groupes de discussion ou des entretiens non-directifs.

Les résultats émanant d'enquêtes thématiques, ad hoc sont la propriété du commanditaire, mais la durée de l'éventuel embargo ne peut excéder deux ans. Les résultats de ces sondages constituent des outils de travail pour la Commission.

Inconvénients apparents

- ⇒ L'échantillon de l'Eurobaromètre standard ne semble pas prendre en compte que les 15 ans et +
- ⇒ La taille des échantillons dans chaque Etat (environ 1000 personnes), si elle permet d'avoir une représentativité en population, ne permettra pas d'avoir un nombre significatif d'AcVc.

Ainsi pour la France par exemple, si l'on interroge 1000 personnes on aura au plus 100 AcVC dont environ 70 avec un recours aux soins, 38 avec recours à l'hôpital. Il sera alors impossible de redresser les résultats du recueil hospitalier national EHLASS à partir de ces 38 cas !

Enquête CSI-MDS

Un travail a été mené, dans le cadre du Programme de prévention des blessures, par le Consumer Safety Institute (CSI), qui a mené à la publication en août 2001 d'un rapport en deux parties : « Development of Minimum Data Sets of Injuries : background report [25] et « Data Dictionary for Minimum Data Sets on Injuries [26].

Un résumé de présentation de ce travail est reproduit ci-dessous. Le tableau des variables (« necessary data elements per MDS-I », tableau 2 ci-dessous) correspondant à cette approche a été également reproduit dans l'annexe V.

Minimum Data Sets on Injuries (MDS-Is)

Introduction

Member States of the European Union, applicant countries, communities and other parties relevant to injury prevention are interested in injury information in different health care settings (e.g. ED attendances, hospital admissions, general practitioner attendances). An additional instrument for monitoring injuries in settings that have limited resources (time, money and/or information) and/or who start recording injuries would be a valuable development in the field of injury research. To prevent parties from having to re-invent the wheel and thus the chance of ending up with incomparable databases, an additional instrument is needed for monitoring injuries, either at a national, regional or local level, which takes into account the variety in objectives and settings and the availability of resources, and which is compatible to the most relevant existing classification systems. This was reason for developing Minimum Data Sets on injuries in the European Union (part of the European Commission Injury Prevention Programme). Minimum Data Sets on injuries or MDS-Is are lists of data elements including their permissible values.

Aim of MDS-Is

The MDS-Is are aimed at monitoring injuries in settings and/or countries with limited resources and/or which start recording injuries. But they are also suitable as a reporting format for comparing injury data from well-resourced EU Member States and/or settings.

Methods

The focus of the MDS-Is Europe is limited to the medically treated injuries: from very severe injuries leading to death or hospitalisation to less severe injuries treated at Emergency Departments and other health care settings, e.g. general practitioners. The MDS-Is are based on the following existing classifications: International Classification of External Causes of Injuries (ICECI: www.iceci.org), the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD, tenth revision: www.who.int), and the classification of the European Home and Leisure Accident Surveillance System (EHLASS) which has been input for ICECI.

The MDS-Is were created by a stepwise procedure. After an inventory of current use and experiences with MDS-Is in Member States, applicant countries and other countries worldwide, the wishes and demands concerning MDS-Is in the injury field were formulated.

Based on these two activities the project team, together with a team of European experts, the "reference group", developed several draft MDS-Is for different settings and objectives. These draft MDS-Is were reviewed in 10 EU countries and field-tested in 7 EU countries. The testing results formed the input for the development of the final MDS-Is. The testing also resulted in the formulation of an implementation plan.

Results

The reference group agreed upon four levels of objectives and four different health care settings. This led theoretically to sixteen MDS-Is. The wish for as few MDS-Is as possible applicable in as many settings as possible, combined with the possibility of data collection in the specific health care settings led to the decision to develop only five MDS-Is. Table 1 shows the objectives, settings and MDS-Is.

Table 1 Health-care settings combined with objectives: 5 final MDS-Is

Objectives	Settings			
	Fatalities	Other health care attendances	Hospital admissions	Emergency Department attendances
1 Monitor the total number of injured persons in the specified setting	MDS-I-1			
2 Monitor the total number of injured persons by intention	MDS-I-2			
3 Monitor the total number of injured persons by major accident type, major type of violence and major type of intentional self-harm	MDS-I-3			
4 Monitor the total number of injured persons by specific categories	MDS-I-4		MSD-I-5	

To date the project resulted in two reports (both can be downloaded from the internet: www.iceci.org):

- A background report with information about how the MDS-Is were developed and tested.
- A Data Dictionary with lists of compulsory data elements and permissible values for four objectives and four health care settings.

The Data Dictionary presents all the data elements of the MDS-Is. Per data element a description is given of its definition, the arguments and discussion leading up to certain decisions, the guidelines for correctly using the data element and its permissible values. Most data elements have one simple list of permissible values (coding level 1). For some data elements however, we developed hierarchically structured lists of permissible values, with up to two levels of coding. Table 2 presents an overview of the necessary data elements per MDS-I, setting and objective.

The MDS-Is are not developed to replace existing injury monitoring systems. They represent a minimal necessary dataset for monitoring injuries in yet a meaningful way, while securing comparability of data with international classifications like ICECI and the possibility for more detailed monitoring systems like EHLASS.

Implementation of the MDS-Is

An implementation project has recently started, in which the current surveillance systems including injury data will be inventoried, including wishes and possibilities of implementing the MDS-Is. Tools will be developed for implementing the MDS-Is. The actual implementation

of the MDS-Is will be actively promoted, based on a promotion and communication plan and a selection of potentially interested countries/settings/target groups.

The final products of this project are:

- an overview of the possibilities for implementing MDS-Is per member state;
- a starters kit for each MDS-I; and
- a communication and promotion plan for implementing MDS-is in the EU.

Table 2 Necessary data elements per MDS-I

Data elements	All settings	All settings	All settings	Fatalities / other health care attendances	Hospital admissions / ED attendances
	Objective 1 MDS-I-1	Objective 2 MDS-I-2	Objective 3 MDS-I-3	Objective 4 MDS-I-4	Objective 4 MDS-I-5
General information					
Date	X	X	X	X	X
Injury ¹	X	X	X	X	X
Personal data					
Age injured person	X	X	X	X	X
Sex injured person	X	X	X	X	X
Country of residence	X	X	X	X	X
Injury event information					
Intent		X	X	X	X
Place			X	X	X
Activity			X	X	X
Vehicle involvement			X	X	X
Mechanism				X	X
Sports				X	X
Mode of transport injured person				X	X
Counterpart				X	X
Injury information					
Nature of injury	X	X	X	X	X
Body part injured	X	X	X	X	X
Follow-up					X
Other					
Narrative				x	x

¹ If no, the remaining data elements are no longer relevant

The aim of the implementation project is to co-ordinate the implementation and promotion of MDS-Is in settings which monitor injuries throughout the European Union and its applicant countries. The project aims at three levels of implementation of MDS-Is:

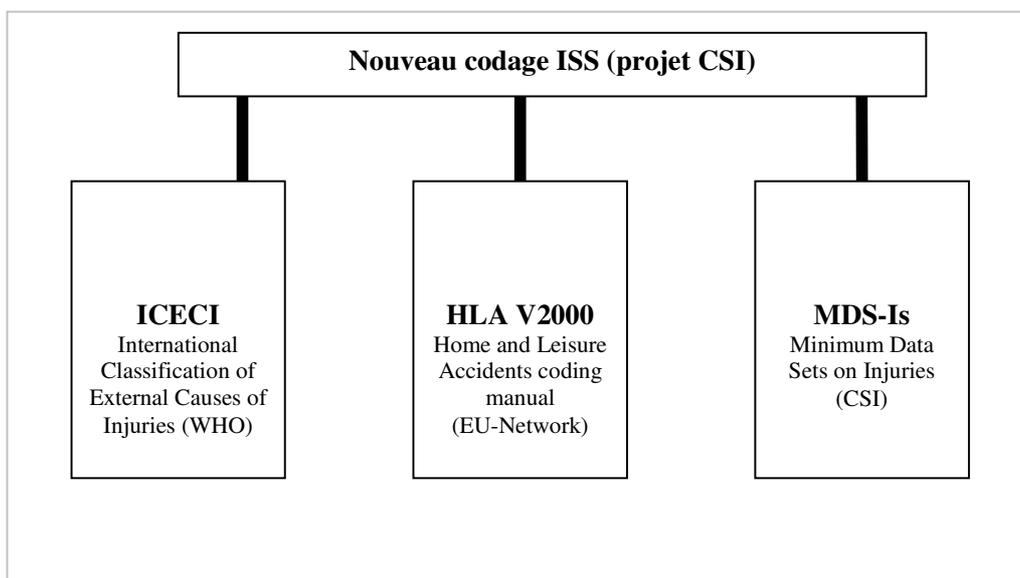
- As a reporting format: enabling the comparison and exchange of data between settings equipped with detailed injury monitoring systems. The main target groups will be injuries resulting in death, hospital admission or Emergency Department attendances.
- As a tool for improving the informative value of existing injury monitoring systems. The main target groups will be injuries resulting in death and those resulting in hospital admissions.
- As a registration system: providing settings with limited resources or with no experience in injury monitoring with a tool for collecting injury data. The main target group will be injuries resulting in Emergency Department attendance and other, small-scale health care attendance.

Annexe IV

Le nouveau codage proposé pour le Système (ISS)

Dans le cadre d'un projet IPP 2002, le Consumer Safety Institute (NL) a élaboré un manuel de codage dont le titre est « ISS coding manual - Developing a coding manual for an all-injury surveillance system at emergency departments ».

Ce manuel de codage est fondé sur des éléments issus de 3 sources :



Ce manuel de codage inclut des variables du système de codage ICECI et d'autres éléments des codages HLA V2000 et MDS-Is:

- 1 variable provient du seul codage ICECI
- 10 variables ne font pas partie du codage ICECI mais proviennent du seul codage HLA V2000
- 5 variables font partie à la fois du codage ICECI et HLA V2000
- 2 variables font partie à la fois du codage MDS-Is et HLA V2000

HLA V2000:

Country code, Hospital number, Case number, Age of the patient, Sex of patient,
Date of birth, Date of injury, Time of injury, Date of discharge, Treatment and follow-up

ICECI: Intent

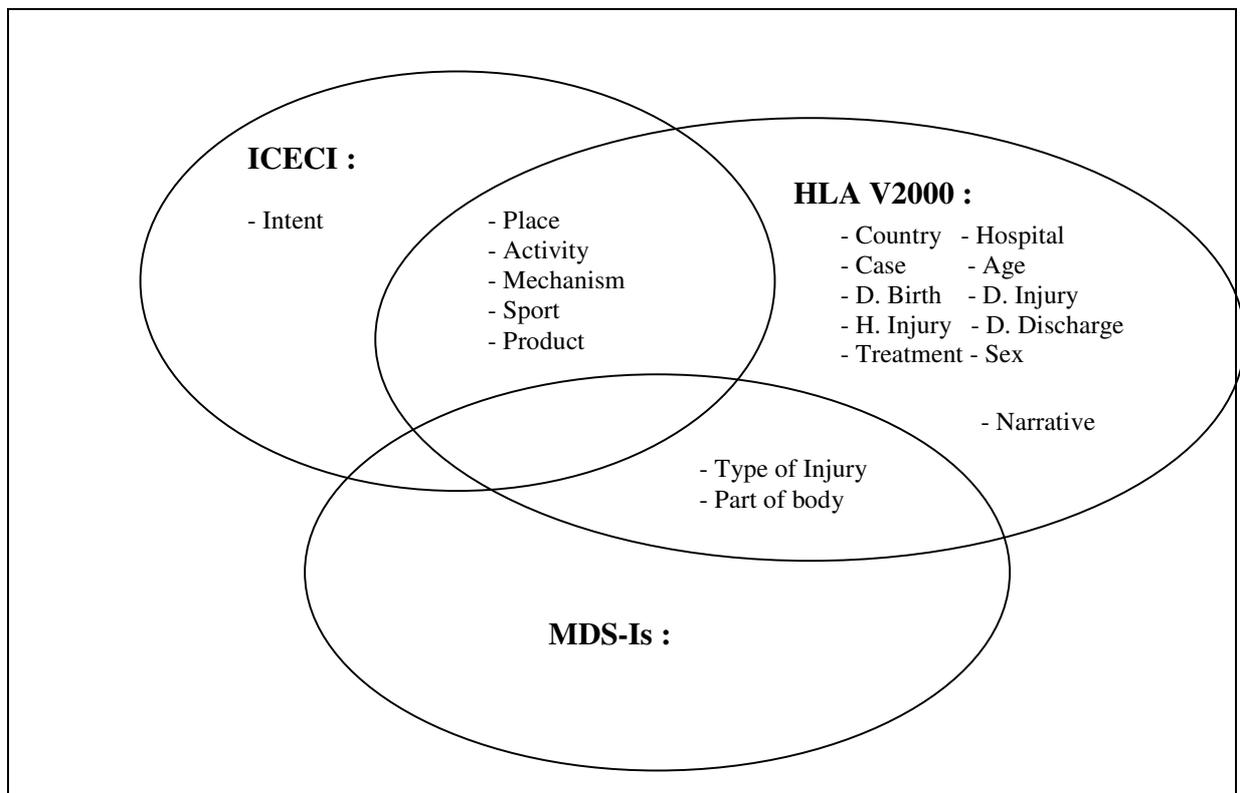
HLA V2000 and ICECI 1.1a:

Place of occurrence, Mechanism of injury, Activity when injured, Type of sports/exercise activity,

HLA V2000 and MDS-Is: Type of injury, Part of the body injured

HLA V2000 and ICECI 1.1a: Object/substance producing injury

HLA V2000: Narrative



- La variable « Intent », informant sur la nature intentionnelle de la violence prend comme modalité :

- 1. Traumatisme non intentionnel
- 2. Violence auto-infligée
- 3. Agression
- 4. Autre violence
- 5. Intentionnalité non déterminée
- 8. Autre forme de violence intentionnelle
- 9. Non spécifié

Remarques :

R1. Dans le codage ISS, quand, pour une variable, un codage HLA V2000 est en concurrence avec un codage ICECI, c'est le codage ICECI qui prime.

R2. On remarquera que ce système de codage a été conçu par le CSI seul, sans collaboration extérieure. Il n'a pas fait l'objet d'une présentation officielle aux partenaires du programme IPP, ni reçu l'approbation du réseau. C'est pour le moment un projet d'une équipe.

R3. Le nouveau système de codage ISS semble présenter les trois avantages suivants :

- une extension des possibilités de codage à tous les traumatismes
- une utilisation d'une codification plus internationale (issue de l'ICECI) pour les principales variables
- un transcodage possible des données codées en HLA V2000

R4. On remarquera cependant que ce nouveau système de codage voit le jour au moment où le système de codage HLA V2000 vient tout juste de se mettre en place dans certains Etats. En ce qui concerne la base européenne de cas IDB, elle est toujours pour le moment au format antérieur (V96). La mise en fonction de ce nouveau système de codage ISS est sans doute prématurée pour les équipes qui viennent juste d'adopter le système HLA V2000. En ce qui concerne les nouveaux Etats de l'UE et voulant entrer dans le système de recueil ISS, la question se pose de leur proposer d'adopter ou non directement ce nouveau système.

➔ Pour le projet « Enquête - Type », les questions induites par ce nouveau système de codage ISS sont les suivantes :

Q1. Le projet de questionnaire doit-il concerner tous les types de traumatismes ? Ceci impliquerait une très forte interrogation sur les modalités spécifiques d'enquêtes concernant les violences intentionnelles, quelles soient auto-infligées ou des violences envers les enfants, les adolescents et les femmes. Se limite-t-on à l'extension aux autres traumatismes non intentionnels (circulation + travail) ?

Ces points fondamentaux de méthodologies ne sont pas évoqués dans le document du CSI. Ce sont peut-être les meilleures pratiques de classification qui ont été retenues, c'est du moins ce que laisse entendre le document, mais les meilleures pratiques de recueil ne sont pas évoquées. Comment aborder la question du recueil des faits de violence dans un questionnaire général sur les traumatismes ?

Q2. Comment et en quoi le questionnaire de la méthodologie « enquête par questionnaire » se distingue-t-il du questionnaire appliqué en cas de recueil continu dans les services d'urgence ? Ce nouveau module ISS constitue-t-il en définitive le noyau commun de variables à partir duquel on doit ou on peut construire le questionnaire enquête - type ?

Q3. Le projet de nouveau codage ISS se situe dans une perspective de succession au codage HLA V2000. Le projet enquête - type s'inscrit-il dans la même perspective d'avenir, ou faut-il

plutôt privilégier la situation présente, c'est-à-dire conserver le codage HLA V2000 comme socle des nomenclatures que l'on conseillera d'utiliser ?

Q4. La comparaison entre les caractéristique des deux projets, CSI et enquête – type, put être schématisée de la manière suivante :

Projet ISS	Projet Enquête - type
En vue d'un recueil hospitalier	En vue d'un recueil par enquête adossé au recueil hospitalier
Caractéristiques du recueil hospitalier	Caractéristiques de l'enquête (représentativité, etc.)
Pb de classification uniquement Affichage « recueil multi-traumatisme »	Méthodologie et classification Prise en compte des pb spécifiques du recueil des violences
Projet d'une équipe	Projet de 5 équipes
S'adosse au codage ICECI	S'adosse au codage HLA V2000
Applicable à échéance de 2-3 ans	Applicable immédiatement

Annexe V

Comparaison des variables entre systèmes internationaux

Comparison of variables among the main information systems

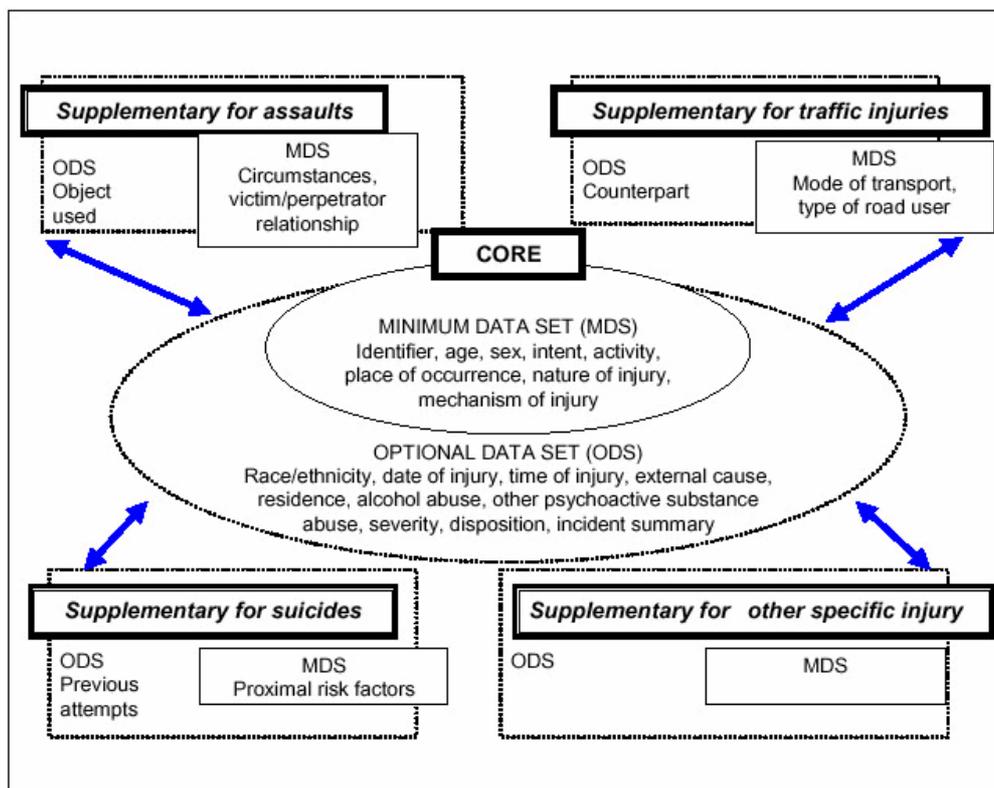
1. Context

- In light of the development of a harmonised survey complementary to hospital data collection, we compare below the variables used by the main information systems in the field:

- **WHO-MDS** : these are the variables of the Minimum Data Set coding system suggested by the WHO in its report “Injury Surveillance Guidelines”.
- **CSI-MDS-Is** : these are the variables of the Minimum Data Set coding system suggested by the CSI in its report “Data Dictionary for Minimum Data Sets on Injuries”.
- **V2000** : these are the variables of the official coding system used at the European level in the framework of the IPP. The document in use is the Coding manual V2000 for Home and Leisure Accidents (August 2002).
- **EPAC03** : these are the variables of the coding system developed by the InVS complementary to the V2000 coding.
- **Harm. Survey** : these are the variables of the coding system which we would like to include in the framework of our “Harmonized Survey” project.

We discuss below the reasons we chose these variables, the suggested nomenclatures and the methodology of the survey.

Variables of WHO-MDS



From : Injury surveillance guidelines p 26 – CDC / WHO - 2001

Variables of CSI-MDS

Necessary data elements and level of permissible values per MDS-Is

Objective 1 : Monitor the total number of injured persons in the specified setting

Objective 2 : Monitor the total number of injured persons by intention

Objective 3 : Monitor the total number of injured persons by major accident type, major type of violence and major type of intentional self-harm.

Objective 4 : Monitor the total number of injured persons by specific categories

Data elements	All settings Objective 1 MDS-I-1	All settings Objective 2 MDS-I-2	All settings Objective 3 MDS-I-3	Fatalities / other health care attendances Objective 4 MDS-I-4	Hospital admissions / ED attendances Objective 4 MDS-I-5
General Information					
Date	Level 1	Level 1	Level 1	Level 1	Level 1
Injury ¹	Level 1	Level 1	Level 1	Level 1	Level 1
General Information					
Age injured person	Level 1	Level 1	Level 1	Level 1	Level 1
Sex injured person	Level 1	Level 1	Level 1	Level 1	Level 1
Country of residence	Level 1	Level 1	Level 1	Level 1	Level 1
Injury event information					
Intent		Level 1	Level 2	Level 2	Level 2
Place		Level 1	Level 1	Level 2	Level 2
Activity			Level 1	Level 1	Level 1
Vehicle involvement			Level 1	Level 1	Level 1
Mechanism				Level 1	Level 1
Sports				Level 1	Level 1
Mode of transport injured person				Level 1	Level 1
Counterpart				Level 1	Level 1
Injury Information					
Nature of injury	Level 1	Level 1	Level 1	Level 2	Level 2
Body part injured	Level 1	Level 1	Level 1	Level 2	Level 2
Follow-up					Level 1
Other					
Narrative				Free text	Free text

Injury¹ : If no, the remaining data elements are no longer relevant

From : Data Dictionary for Minimum Data Sets on Injuries p 14 – CSI – August 2001

Variables of ISS V2000

		No. of characters	Positions
COUNTRY CODE		2	1-2
HOSPITAL NUMBER		6	3-8
CASE NUMBER		10	9-18
SEX OF PATIENT		1	19-19
DATE OF BIRTH (YYYYMMDD)		8	20-27
DATE OF INJURY (YYYYMMDD)		8	28-35
TIME OF INJURY		2	36-37
DATE OF ATTENDANCE (YYYYMMDD)		8	38-45
TIME OF ATTENDANCE		2	46-47
DATE OF DISCHARGE (YYYYMMDD)		8	48-55
TREATMENT AND FOLLOW-UP		1	56-56
PLACE OF OCCURRENCE		2	57-58
MECHANISM OF INJURY		2	59-60
ACTIVITY		2	61-62
SPORTS		3	63-65
TYPE OF INJURY	Type 1	2	66-67
	Type 2	2	68-69
PART OF THE BODY INJURED	Part 1	2	70-71
	Part 2	2	72-73
PRODUCT INVOLVED IN THE ACCIDENT		5	74-78
PRODUCT CAUSING THE INJURY		5	79-83
OTHER PRODUCT		5	84-88
ACCIDENT DESCRIPTION		120	89-208

Bed-days are calculated as date of discharge minus date of admission. If the date of discharge is the same as date of admission the result is one bed-day.

From : Coding Manual V2000 for HLA – ISS Data base version 2002 p 23 – August 2002

Variables of EPAC03

	Nb of characters	Begin	End	Basic template
COUNTRY CODE	2	1	2	X
HOSPITAL NUMBER	2	3	4	X
CASE NUMBER	10	5	14	X
<i>OPEN QUESTION 1</i>	6	15	20	
SEX	1	21	21	X
DATE OF BIRTH (YYYYMMDD)	8	22	29	X
ZIP (POSTAL) CODE OF USUAL PLACE OF RESIDENCE	5	30	34	X
PATIENT'S EMPLOYMENT SITUATION	1	35	35	X
PATIENT'S PROFESSION	1	36	36	X
MALE LEGAL GUARDIAN EMPLOYMENT SITUATION	1	37	37	X
MALE LEGAL GUARDIAN'S PROFESSION	1	38	38	X
FEMALE LEGAL GUARDIAN EMPLOYMENT SITUATION	1	39	39	X
FEMALE LEGAL GUARDIAN'S PROFESSION	1	40	40	X
<i>OPEN QUESTION 2</i>	5	41	45	
INTENTIONAL NATURE OF THE INJURY	1	46	46	
TYPE OF INTENTIONAL INJURY	1	47	47	
TYPE OF ACCIDENT				
HLI	1	48	48	X
TRAFFIC	1	49	49	X
OCCUPATIONAL	1	50	50	
DATE OF INJURY (YYYYMMDD)	8	51	58	
TIME OF INJURY (HH)	2	59	60	
ZIP (POSTAL) CODE OF PLACE OF INJURY	5	61	65	
DATE OF ENTRY TO EMERGENCY DEP'T (YYYYMMDD)	8	66	73	X
TIME OF ENTRY TO EMERGENCY DEP'T (HH)	2	74	75	X
TREATMENT AND CARE IN EMERGENCY DEP'T	1	76	76	X
DATE OF HOSPITAL DISCHARGE (YYYYMMDD)	8	77	84	X
STATUS AT HOSPITAL DISCHARGE	1	85	85	X
LOCATION OF THE ACCIDENT	2	86	87	X
MECHANISM OF THE ACCIDENT	2	88	89	X
ACTIVITY AT TIME OF ACCIDENT	2	90	91	X
SPORT AT TIME OF ACCIDENT	3	92	94	X
TYPE OF LESION 1	2	95	96	X
INJURED BODY PART 1	2	97	98	X
SEVERITY 1	1	99	99	X
TYPE OF LESION 2	2	100	101	X
INJURED BODY PART 2	2	102	103	X
SEVERITY 2	1	104	104	X
TYPE OF LESION 3	2	105	106	
INJURED BODY PART 3	2	107	108	
SEVERITY 3	1	109	109	
<i>OPEN QUESTION 3</i>	9	110	118	
PRODUCT IMPLICATED IN THE ACCIDENT	5	119	123	X
PRODUCT HAVING CAUSED THE LESION	5	124	128	X
OTHER PRODUCT	5	129	133	X
DESCRIPTION OF THE ACCIDENT	200	134	333	X

From [5]

The different variable categories:

Through the different types of data collection, we can regroup the different variable categories:

Cat. 1 Variables for case identification:

- Country of data collection
- Case identification number

Cat. 2 Variables defining the type of injury:

- Type of injury (intentional/ non-intentional)
- Type of intentional injury
- Type of non-intentional injury

Cat. 3 Variables for summary description of the victim:

- Age
- Sex

Cat. 4 Dates and times :

- Date of birth (or age)
- Date of the accident
- Time of the accident
- Date of contact with health care facility
- Time of contact with health care facility
- Date of discharge from the health care facility (or length of stay)

Cat. 5 Variables describing the circumstances of the injury:

- Activity at the time of the accident
- Location of the accident
- Nature of the injury
- Injured body part
- Mechanism
- Sports
- Alcohol use
- Psychotropic substance use

Cat. 6 Variables of medical treatment and severity of the injury:

- Treatment or care
- Status at discharge of health care facility
- Length of stay
- Severity of injury

Cat. 7 Variables on other socio –demographic data of the victim:

- Race
- Country of residence
- Place of residence
- Profession of the victim or legal guardian
- Employment situation of the victim or legal guardian

Cat. 8 Variables describing products potentially linked to injury:

- Product implicated in the accident
- Product causing the lesion
- Other product

Cat. 9 Variable describing the accident:

- Description in the open question of the circumstances of the accident (in detail)
- Description in the open question of the product (in detail)

Comparison of variables

	WHO-MDS	CSI-MDS (1)	V2000	EPAC03 (2)	Harm. Survey
Country of collection			X	X	<u>X</u>
Identifier	X		X	X	<u>X</u>
Intent/Type of injury	X	X-2		X	<u>X</u>
Injury ₂		X-1			
Age injured person	X	X-1	X ₁	X ₁	<u>X</u>
Sex injured person	X	X-1	X	X	<u>X</u>
Activity	X	X-3	X	X	<u>X</u>
Date of injury	X		X	X	
Time of injury	X		X	X	
Date of attendance		X-1	X	X	<u>X</u>
Time of attendance			X	X	
Place of occurrence	X	X-3	X	X	<u>X</u>
Nature of injury	X	X-1	X+X	X+X+X	<u>X+X</u>
Body part injured		X-1	X+X	X+X+X	<u>X+X</u>
Mechanism	X	X-4	X	X	<u>X</u>
Sports		X-4	X	X	<u>X</u>
Follow-up/ Treatment/ disposition	X	X-5	X	X	<u>X</u>
Length of stay			X	X ₄	<u>X</u>
Discharge status				X	
Severity	X			X+X+X	<u>X</u>
Race/ethnicity	X				
Country of residence		X-1		X	
Place of residence	X			X	<u>X</u>
Employment of injured / legal responsible				X	<u>X</u>
Profession of injured / legal responsible				X	<u>X</u>
External cause of injury	X ₃				
Alcohol use	X				
Other psycho. subst. use	X				
Vehicle involvement		X-3			
Mode of transport		X-4			
Prod. involved in the acc.			X	X	<u>X</u>
Prod causing the injury			X	X	<u>X</u>
Other product			X	X	
Narrative (circumstances)	X	X-4	X	X	<u>X</u>
Narrative (products)					<u>X</u>

(1) : X-n : variable appartenant au niveau n du CSI-MDS

(2) : X+X+X : variable répétée 3 fois

X₁ : date of birth, not directly "Age"

Injury₂: identification of (suspected) injury cases

X₃: ICD-10 Classification

X₄: length of stay (in days) or date of discharge

Annexe VI

Contributions des partenaires

(Extraits)

Autriche

Le manuel de codage autrichien [37] reprend les définitions, variables et nomenclatures recommandées au niveau européen (système ISS). Les définitions fournies sont les suivantes :

Aufzunehmende Unfälle, Definitionen und Kriterien

Von grundlegender Bedeutung ist, daß alle Mitgliedstaaten die **gleichen Aufnahme- und Ausschlußkriterien** anwenden, die auf denselben Definitionen beruhen, damit eine optimale Vergleichbarkeit der Daten auf EU-Ebene gewährleistet ist. Bei Ihrer Aufgabe, die in Frage kommenden Unfälle auszuwählen, unterstützen wir Sie durch Definitionen, einen "**Entscheidungsbaum**" sowie eine **Liste erläuternder Beispiele** von aufzunehmenden bzw. auszuschließenden Fällen.

DEFINITIONEN

In EHFUÜS aufgenommene Unfälle lassen sich wie folgt definieren:

Alle Unfälle außer Verkehrsunfällen und Arbeitsunfällen werden als Heim- und Freizeitunfälle betrachtet und als solche im EHFUÜS-System erfaßt.

DEFINITION EINES UNFALLS

EHFUÜS hat die von der Weltgesundheitsorganisation verwendete Definition eines Unfalls angenommen:

Jedes vom menschlichen Willen unabhängige Ereignis, das durch die plötzliche Auslösung einer von außen einwirkenden Kraft gekennzeichnet ist, durch die eine körperliche Verletzung verursacht werden kann.

DEFINITION VON STRASSENVERKEHRSUNFÄLLEN

Für Straßenverkehrsunfälle verwenden wir die Definition der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen:

Ein Straßenverkehrsunfall ist ein Unfall auf der Straße, an dem mindestens ein sich bewegendes Fahrzeug beteiligt ist und der eine Verletzung oder einen Eigentumsschaden verursacht hat.

DEFINITION EINES ARBEITSUNFALLS

Ein Arbeitsunfall ist ein Unfall, der sich während der Arbeitszeit im Zusammenhang mit einer entlohnten Beschäftigung oder einem selbständigen Unternehmen ereignet.

Projet européen : Harmonized Survey
Institut de Veille Sanitaire (InVS)
Département Maladies Chroniques et Traumatismes
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint Maurice cedex
France

November 30, 2004-12-07

Partner Report on the European Union's Injury Prevention Programme 2002, the Directorate General for Health and Consumer Protection (DG SANCO) project entitled:

“A harmonized survey in addition to hospital level data collection in the frame of the new IPP/ HLA” (also known as “Harmonized-Survey”)

Partner Country: Austria

Collaborators: Dr. Robert Bauer and Mathilde Sector, PT, MPH (mathilde.sector@sicherleben.at) from Institute Sicher Leben

Contents of Report:

Part 1: Austrian commentary in blue on the “Harmonized Survey” List of items

Part 2: Austrian commentary in blue on the “Harmonized Survey” Formulation of questions to be asked in the frame of a Cross sectional survey (CSS)

Project “Harmonized Survey”

List of items

- 1 – necessary in any Cross sectional survey (CSS)
- 2 – relevant in a more detailed CSS

*Suggestion: Add an **Introduction**, to state briefly the purpose of the questionnaire and the scope, as well as the target audience (proxy for all of household, direct to person only) and what info is needed (latest injury, most severe injury, recall time). Also state the preferred methodology: face-to-face or telephone.*

The country:

- 1 - Country of collection

The person injured:

- 1 - Age
 - Sex
 - Zip code of usual residence place
- 2 - Nationality
 - Social profile:
 - Level of formation (*do you mean Level of highest education ?*)
 - Occupational status (*what does status mean?? Employed, unemployed?*)
 - Profession (*is this not the same as occupation ???*)

The injury:

*Suggestion: include two **filter** questions: was this injury intentional or unintentional ? was it a road-traffic, work, sport, leisure, school injury? And include definitions*

- 1 - Place of occurrence
 - Activity when the Injury occurred
 - If sport: type of sport
 - Mechanism
 - Nature of injury (lesion)
 - Part of body injured
 - Product involved and / or cause of the injury

The severity and / or the treatment / follow-up

- 1 - Type of health resource used for this injury
 - Suggestion: include the length of stay and number of visits variables*
- 2 - Clinical measure of the initial severity
 - Subjective appreciation of the severity by the person injured

Narrative:

- 1 - Circumstances of the injury (free text)
- 2 – Specific circumstances including:
 - Alcohol use
 - Psychotropic use
 - Intervention of other persons

Project “Harmonized Survey”

Formulation of questions to be asked in the frame of a Cross sectional survey (CSS)

The person injured:

- *What is your age? (*year of birth is less sensitive to ask*)
- *(Are you a male or a female?)
- *What is the code of your usual residence place?

- *Of which nationality are you?
- *What is your level of initial formation? (*do you mean highest level of education?*)
- *What is your occupational status? (*what does status mean?? Employed, unemployed?*)
- *What is your profession? (*is this not the same as occupation ???*)

The injury:

Suggestion: include two filter questions: was this injury intentional or unintentional ? was it a road-traffic, work, sport, leisure, school injury? And include definitions

- *Were you injured during the last 3 months (90 days)?

Note: This is the best recall period but this will require a big sample size, is there the budget for it ?

If yes, and for the ~~latest~~ *most recent* injury: (*or most severe ??*)

- *Where were you injured?
- *What was your activity when this injury occurred?

In case of sport activity:

**which sport?*

*Through which mechanism did the injury occur? *Is not understandable for a person without knowledge of injury terminology*

- *What was the nature of the injury?
- *Which part of the body was injured?
- *Which product was implicated in the injury?

*Which product caused the lesion? *Is this not the same as nature of injury (in questionnaire above, you list both together: Nature of injury (lesion)*

The severity and / or the treatment / follow-up

- *Following this injury, did you use a health resource? *Open-ended or a list*

If yes:

- *Were you treated outside of the hospital? Referred to a hospital *emergency room?*

Admitted to a hospital?

*Would you say that the initial severity of this injury was: minor; moderate; serious; severe; critical; ~~maximum~~ (*is same as critical*) ?

*During the 48 hours after this injury, do you estimate you were limited in your daily activities? *Suggestion: After this injury, how many days do you estimate you were limited in your daily activities?*

Narrative: (*R. Bauer suggests placing this at the top, but M.Sector says to keep it at the end, once all of the shorter questions have been answered which are most important, in case patient breaks off the interview*)

- *How would you describe the circumstances of the injury?
- *Were the following elements present when the injury occurred?
 - Alcohol use
 - Psychotropic use
 - Intervention of other persons
 - Other

Belgique

1. Items à inclure dans CSS et comment les collecter ??

a) liste des items

Project "Harmonized Survey"

List of items

1 – necessary in any Cross sectional survey (CSS)

2 – relevant in a more detailed CSS

Préambule : le type de CSS n'est pas précisé. Je fais des commentaires en considérant qu'il s'agit d'une enquête transversale descriptive sur un échantillon représentatif de la population générale.

The country:

1 - Country of collection

Cette information n'est pas à inclure dans le CSS mais plutôt à ajouter lors de la compilation des données de l'ensemble des pays pour en faire une base de données européenne.

The person injured:

1 - Age

Ne serait-il pas plus opportun de travailler avec la date de naissance ? Si non, prévoir le fait que des trauma peuvent survenir avant l'âge de 1 an. Donc exprimé l'âge en mois, en années ?

Sex :

OK

Zip code of usual residence place

Zip code : Cela sous entend un niveau d'analyse utilisant le code postal. Ce serait intéressant mais est-ce réaliste au niveau des comparaisons européennes ?

D'un point de vue national, dès qu'une information aussi précise que le code postal est demandée, il est possible de lever l'anonymat des personnes (en effet CP + sexe + age + type de trauma = nom de la personne !) → d'où problèmes en perspective avec les lois sur la vie privée.

Usual residence place : Prendre attention au fait que pour les enfants, la résidence habituelle est parfois difficile à déterminer : 1 semaine chez le père, une semaine chez la mère,...

2 - Nationality

OK . Pour les enfants, nationalité père et mère

Social profile:

Level of formation

Occupational status

Profession

De nombreux traumatismes concernent les enfants !! Il faut donc prévoir de positionner ces enfants dans un contexte familial (nationalité, statut social) tant du père que de la mère (ou conjoint,...). Le questionnaire doit être construit de façon très explicite sur ce point car l'objectif est de mettre en relation ce statut social et la survenue de trauma ; cette caractérisation socio-économique doit donc être de très bonne qualité. Voir les nombreux travaux à ce sujet notamment le CREDES en France.

The injury:

L'enquête transversale va bien sûr considérer une période de rappel (3 mois, 6mois, 12mois ??). Durant cette période, une même personne peut avoir été victime de plusieurs accidents ! Va-t-on s'intéresser à tous ? Ne faut-il pas commencer par poser une question du type : nombre d'accidents pendant période de rappel ?? 0, 1, 2, plus de 2... Il faut ensuite décider si l'on s'intéresse au plus récent, au plus grave, à tous, à celui ou ceux qui ont nécessité une intervention d'un professionnel de la santé ??? Le choix est fait de prendre le dernier (dans document n°2) ? Est-ce le meilleur choix ??? A discuter !!

1 - Place of occurrence

Activity when the Injury occurred

Je propose ici une question fermée avec des items proposés. Sinon problème non négligeable de codification par la suite.

If sport: type of sport

S'intéresser également au fait de savoir si le sport était pratiqué dans le cadre d'un club ou en dehors de tout encadrement.

Mechanism

Nature of injury (lesion)

Prévoir la possibilité de déclarer plusieurs lésions pour un même trauma.

Part of body injured

Prévoir la possibilité de déclarer plusieurs parties de corps blessées pour un même trauma.

Product involved and / or cause of the injury

The severity and / or the treatment / follow-up

1 - Type of health resource used for this injury

Nécessité de préciser ce que l'on entend par « health resource » ; prévoir plusieurs ressources pour un même trauma.

2 - Clinical measure of the initial severity

Mesure clinique : préciser par qui elle a été établie

Subjective appreciation of the severity by the person injured

Narrative:

1 - Circumstances of the injury (free text)

Une question ouverte sur les circonstances est intéressante mais probablement peu faisable dans le cadre d'enquête où la thématique « accident » n'est qu'une thématique parmi d'autres. Donc je me demande si cet item ne doit pas plutôt être en 2 ; quitte à affiner quelque peu les catégories proposées dans les réponses à la question sur les « mécanismes ».

2 – Specific circumstances including:

Alcohol use

Psychotropic use

Intervention of other persons

b) formulation des questions

Project “Harmonized Survey”

Formulation of questions to be asked

in the frame of a Cross sectional survey (CSS)

The person injured:

*What is your age?

*(Are you a male or a female?)

*What is the code of your usual residence place?

Voir les remarques apportées au niveau des items

*Of which nationality are you?

Voir les remarques apportées au niveau des items

*What is your level of initial formation?

*What is your occupational status?

*What is your profession?

Voir les remarques apportées au niveau des items

The injury:

*Where you injured during the last 3 months (90 days)?

Période de rappel ??? 6 mois est probablement préférable. A discuter !

If yes, and for the latest injury:

*Where were you injured?

Question fermée avec des propositions de réponses (travail de traduction « standardisée »)

*What was your activity when this injury occurred?

In case of sport activity:

*Can you precise which sport?

Voir remarque dans partie « item ».

*Through which mechanism did the injury occur?

*What was the nature of the injury?

*Which part of the body was injured?

Voir remarque dans partie « item ».

*Which product was implicated in the injury?

*Which product caused the lesion?

The severity and / or the treatment / follow-up

*Following this injury, did you use a health resource?

If yes:

*Were treated outside hospital? Referred to a hospital? Admitted to a hospital?

*Would you say that the initial severity of this injury was: minor; moderate; serious; severe; critical; maximum?

*During the 48 hours after this injury, do you estimate you were limited in your daily activities?

Voir remarque dans partie « item ».

Narrative:

*How would you describe the circumstances of the injury?

*Were the following elements present when the injury occurred?

Alcohol use

Psychotropic use

Intervention of other persons

Other

De façon générale, je pense que sur chaque formulation de question il y a à compléter le travail par des propositions d'items pour les réponses (questions fermées) (dans les CSS il est difficile de travailler avec des questions ouvertes !!).

Il faudra aussi des propositions de traduction « adéquate » pour chaque pays dans la mesure où une des finalités de ces collectes est de comparer les données entre les pays d'Europe.

2. data dictionary and recommended method

b) reference methodology

Il est proposé d'utiliser la méthode CATI. Il est important de noter que cette méthode de tirage au sort des numéros de téléphones, suite à la diffusion très large de la téléphonie mobile et le changement de profil des abonnés, ne permet probablement plus (affirmation variable selon les pays) de tirer au sort des échantillons représentatifs de la population générale.

A discuter !!

Grèce

30/11/04

Dear colleagues,

As the project "Harmonized survey" is coming to an end, we would like to express our satisfaction for the opportunity we had to participate in this project. Through this project, useful results can be extracted, and we think that our role was important during the whole time period. More specific:

- 1) we had an active and constructive participation in the meeting(s)
- 2) we have provided our expertise in relation to household survey based on a study that we have performed. The aim of this study was to compare the data collected by a household survey with the routine collected data at the Emergency Departments of the Hospitals. The survey was run in two different time periods and 12932 people have participated. The two different methods of collection data have been compared and the results together with the limitations and the benefits of each collection method have been presented in the project participants as well as in a peer journal.
- 3) we have read and commented on all the distributed documents of this project.
- 4) Specific comments about the first step of the conclusions of this work.
 - ◆ You must state whether the interview will be for individual persons or for their family. If it is for individual persons then data that will be collected will not have any deaths and the information about children, babies or very elderly will be very limited or unavailable.
 - ◆ It must be clear that the survey is for all types of injuries, even the minor ones. To allow possible comparisons with the data of the existing IDB the information about the need for a contact with the ED of a hospital for the examined injury must be collected.
 - ◆ Type of accident must be introduced as a variable. The categories of this variable can be HLA, Traffic, Occupational, Suicide, Homicide, Other violence, Unknown.
 - ◆ Nationality or permanent residency must be classified as core variable.
 - ◆ Nature of injury (lesion) as well as Body part must have two fields to cover the 1st and the 2nd (if any) injury and injured body part.
 - ◆ Day of accident can be introduced as a variable. As it is possible that people will not remember the exact day of their injury then the limited information weekday-weekend can be collected.
 - ◆ Time of accident can be introduced as a variable. As it is possible that people will not remember the exact time of their injury then the limited information early morning, morning, noon, afternoon, evening, late night can be collected.
 - ◆ Based on the type of injury specific information must be collected for different types of injuries. Ex. for Road traffic injuries, the role of the injured person and the type of the vehicle must be collected. Similar for other types of accidents. Modules of ICECI coding can be a guide for these detail information.

Sincerely

Nick Dessypris
Statistician
CEREPRI

QUESTIONNAIRE OF INJURIES

Record number | | | | | | | | | | Type of accident | |

Name - Surname.....

Address Area of residence

Area of injury

Telephone number | | | | | | | | | | Way of transfer | | | **Sex** | | Height | | | | | **cm.** Weight | | | | | **kg.**

Date of birth | | | | | | | | | | Age | | | | Nationality | | |

≥ 16 years old Occupation | | | | | Education..... | | | |

≤15 years old Maternal education | | | Paternal education | | |

Date of attendance | | | | | | | | | | **Date of accident** | | | | | | | |

Time of attendance | | | | | **Time of accident** | | | | |

Hospital | | | Department..... Interviewer Transfer to other department(s)

Hospitalization Record number | | | | | | | | | | **Date of discharge** | | | | | | | | | | Injury at the discharge.....

Place of injury Name of the place

School-Kindergarden-Daycare: Public (1) or private (2); | | | morning(1) or afternoon(2); | | |

Playground : Playground of a building ; | | | (1yes, 2no) Public (1) or private(2); | | | playground's surface

Cause of injury:

Who was with the injured person: | | |

Injured Body parts 1..... R, L, RL

GCS | | | 2..... R, L, RL

Type of injury 3.....R, L, RL

1.....

2.....

3.....

Mechanism of accident

Mechanism of injury

Activity

Product causing injury

Product involved in the injury.....

Other product

Treatment | | | Number of x-ray(s) | | | Immobilization | | |

First aid: keywords.....

Fall's height | | |, | | | **Fall's side:** | | |

Use of protective equipment : 1.yes, 2.no If yes, what equipment; | | |

Other details of the accident (concussion, disability etc.)

Toys : Description: | | | Material: 1.wood,2.plastic,3.metal, 7.cloth, 98 other, specify..... | | |

Dog: ownerless(1) domestic(2); | | | Pedigree :..... | | |

Leaflet | | | Problems at the interview | | | If yes, specify

Accident description

Portugal

Information provided by the IT system Description:

Health Unit (individual code)	In which national health unit did the assistance take place?
User (Individual number)	Victim's health system national identification number
Episode (individual number)	Logging number of the injury, as per registration in the assistance IT system
Gender	What is the gender of the victim?
Birth date	What is the birth date of the victim?
Date of emergency help	When did the assistance
Time of emergency help	At what time did the assistance take place?

Data collected by interview Question:

Date of the Injury	When did the injury take place (date)?
Time of the Injury	At what time did the injury take place?
Location of the accident	Where (physically, not geographically) did the injury take place?
(sub-)Location of the accident	Where (physically, not geographically) did the injury take place?
Injury mechanism	What mechanism led to the Injury of the victim?
Injury (sub-)mechanism	What mechanism led to the Injury of the victim?
Activity during injury	What was the victim doing at the time of injury?
(sub-)Activity during injury	What was the victim doing at the time of injury?
Type of injury	What type of injury has the victim been inflicted with?
Body part injured	What part(s) of the body were injured in the accident?
(sub-)Body part injured	What part(s) of the body were injured in the accident?
Follow-up	Did the injury require follow up (hospitalisation, repetitive appointments, etc.) ?
Hospitalisation time	Duration of the hospitalisation period, when applicable

Free typing fields:

General description of the injury Please describe in short number of words what happened during the accident.

Instituto Nacional de Saude Harmonized-Survey - Surveys in Portugal

National Health Survey

- **Responsible:** Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- **Objective:** To provide information on a number of major health problems
- **Frequency:** Entire country, 1987, 1995/96 and 1998/99. Conducted in the Lisbon area in 1989; North area in 1990; Alentejo area 1991; Algarve area 1993. The next survey is planned for 2004/2005.
- **Scope:** Multistage probability sample of 22.000 households covering noninstitutionalized persons living in the mainland of Portugal.
- **Collection method:** Interviewer-administered questionnaire
- **Data content:** Fixed “core data” component –
 - perceived general health,
 - prevalence of some chronic conditions,
 - disability,
 - general health care,
 - doctor visit,
 - health expenses and income,
 - physical activity,
 - tobacco consumption,
 - alcoholic beverage consumption,
 - child health,
 - and demographic and socioeconomics characteristics.

Supplementary component – varies with needs of information.

- **Availability of data:** Data files and main statistic tables are presented in publication ([INS98/99](#)).

ECOS – Watching Health at Home

- **Responsible:** Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- **Objective:** To provide rapid information on a number of major health problems
- **Frequency:** 2 a 3 surveys per year
- **Scope:** A sample stratified by health region with homogenous allocation, of households with telephone from the fixed net from the Portuguese mainland. The number of household is 1200 corresponding to 3600 individuals.
- **Collection method:** Computer Assisted Telephone Interview
- **Data content:** Varies with needs of information, some studies already complete:
 - Physical activity,
 - Satisfaction of the pharmacies clients,
 - Use of alternative medicines,
 - Influenza vaccination coverage 1998/99, 1999/00, 2001/02 and 2002/03,
 - Insomnia (1999),
 - Hysterectomies prevalence (2000),
 - Preventive care of the breast cancer (2001),
 - Alcohol consumption (2002),
 - The impact of cold on the health (2003),
 - The impact of the heat wave in population behaviour (2003)

Availability of data: Data files and short scientific reports are published

Psytel

Plan du rapport final de Psytel, en date du 30/11/2004

Contexte

Compte-rendu chronologique des travaux

Documents contributifs

- La problématique du projet

- Le nouveau codage ISS

- Informations sur les enquêtes Eurobaromètre

- Comparaison des 2 méthodologies de recueil : enquête et recueil hospitalier

- Éléments d'information recueillis à la TNS Sofres

- Proposition de choix des variables de l'enquête type, Formats et nomenclatures

- Préconisations méthodologiques pour l'enquête type

- Proposition de questionnaire pour l'enquête type

Conclusions

Annexes

- Proposition d'organisation du projet « Enquête-type »

- Programme de travail de la réunion de projet des 23 et 24 Octobre 2003

- Comparaison des variables entre systèmes internationaux

- Projet de plan du rapport intermédiaire (juin 2003)

Annexe VII

Réunion des 22-23 octobre 2003

Programme de travail

Project « 2002/IPP – Harmonised survey »
An harmonised survey in addition to hospital level data collection
in frame the new IPP/HLA (2002/IPP/203701)

First Meeting
Paris, 22nd and 23th of October 2003
Location : Vacassy, Room ED-1
Institut de Veille Sanitaire

Draft Agenda (v1.0)

22nd of October 2003

- 10h Welcome
Bertrand Thélot - InVS
- 10h15 - 11h InVS presentation
Bertrand Thélot - InVS
- 11h - 12h30 Project Status
Bertrand Thélot, Marianne Perez, Emmanuelle Szego – InVS
Marc Nectoux – Psytel
- Team
- Overview of the project
- Timetable
- Tasks
- The present state of affairs
- 12h30 Lunch in CESES Room
- 14h – 15h Comparison : Surveys within IPP data collection : Spain, Luxembourg,
Germany
Emmanuelle Szego – InVS
- 15h – 16h Surveys in our countries : Presentation by country
Each partner
- 16h : Break
- 16h – 18h Surveys in our countries : Presentation by country (Suite)
Each partner
France, Austria, Greece, Portugal
Dinner : Les Dix vins – 57 rue Falguière - 75015 Paris (Tel : 01 43 20 91 77)

23th of October 2003

9h30 Summary of the previous day
Marianne Perez - InVS

9h45 – 10h30 Methodology comparison : Hospital data collection / Survey
Emmanuelle Szego – InVS, Marc Nectoux – Psytel

10h30 - 11h30 Discussion about the orientation of the project
Emmanuelle Szego – InVS, Marc Nectoux – Psytel + all participants

An European survey (Eurobarometre type) / A national survey instead the hospital data collection / A national survey complementary the hospital data collection

11h30 - 12h Structure of the final report
Marc Nectoux – Psytel

12h - 12h15 Next steps of the project
Bertrand Thélot – InVS

12h15 - 12h30 Any other business

Conclusions

12h30 Lunch in CESES Room

Please contact with any questions : Marianne Perez – InVS – m.perez@invs.sante.fr
Tel : +33 1 55 12 53 20

List of participants

Name	Institute	Country
Dr Baltazar Nunes	Ministerio da Saude	P
Dr Robert Bauer	Institute Sicher Leben	A
Dr Martine Bantuelle	Educa-Santé	B
Pr Eleni Petridou	CEREPRI	EL
Dr Bertrand Thélot	Institut de Veille Sanitaire	F
Marianne Perez	Institut de Veille Sanitaire	F
Emmanuelle Szego	Institut de Veille Sanitaire	F
Marc Nectoux	Psytel	F



INSTITUT DE
VEILLE SANITAIRE

Project « 2002/IPP – Harmonised survey »
An harmonised survey in addition to hospital level data collection
in frame the new IPP/HLA (2002/IPP/203701)

First Meeting

Paris, 22nd and 23rd of October 2003

Location : Vacassy, Room ED-1

Institut de Veille Sanitaire

DRAFT OF MINUTES – 05.12.2003

Participants:

Alain Levêque (AL): EducaSanté, Belgium

Baltazar Nunes (BN): ONSA, Portugal

Bertrand Thélot (BT): InVS, France

Emmanuelle Szego (ES): PSYTEL, France

Marc Nectoux (MN): PSYTEL, France

Marianne Perez (MP): InVS, France

Nick Dessypris (ND): CEREPRI, Greece

BT welcomes the participants to the meeting and gives a brief overview of the Institut de Veille Sanitaire (InVS) and its functioning.

Rules of the meeting

Because of the multinational and multilingual character of this project, BT emphasizes the necessity of taking the time to make sure that all the participants understand what is said both linguistically (use of interpreters) and in terms of the project content.

Goals of the project

Questions

The aim of the project is to supply Member States of the European Union with methodological help by:

- assessing the cross-sectional studies used in some Member States (Spain, Luxemburg and Germany) as the official data collection tool for the former EHLASS system.
- examining cross-sectional survey methodologies used by other teams in the same field (for example in France: CNAMTS, INSEE, and CREDES studies)
- listing the advantages and disadvantages of the two types of surveys: continuous data collection (used by the majority of Member States) and cross-sectional surveys
- proposing a harmonisation of questionnaires and methods liable to allow for crossing and comparing of results coming from different studies.

This project will thus contribute to the improvement in quality and comparability of data collection.

Chosen procedure

Existing data collection in each country: survey vs. continuous

Analyse advantages/disadvantages → need more information on surveys in each country

As ND presented the case in Greece, it is clear that to estimate risk factors of injuries specific studies are very valuable and even necessary. Continuous data collection produces descriptive results which can only be the source of hypotheses for determining risk factors.

Questionnaire

BN: Is the objective to create a new questionnaire or to maintain the old ones?

BT: This is open to discussion. Are the present questionnaires sufficient?

Semantics and translation

How should questions be formulated?

Which languages should questionnaire be translated into? English, French, German, other?

Survey method: how to randomly select?, periodicity, means (telephone, mobile...)

What is the process of random selection?

How often should survey be done? General agreement that every year is too often, but every 5 years not often enough. Perhaps every 3 or 4 years punctuated by thematic surveys

Issue of cost

Maximum length: ½ hour

Telephone surveys are becoming less representative because of increased mobile phone usage

Themes of discussion (see attached presentation by MN)

Which type of survey? For which use and which goals?

Type 1: Euro-Barometer-type survey on injuries in Europe

Type 2: Common Harmonized Survey for States using the “Survey” methodology

Type 3: Harmonized survey complementary to hospital data collection

Surveys in partner countries (see attached power point presentations)

Portugal

Continuous data collection for surveillance and detection of new cases

Hospitals that collect data are not subsidized

Data collection not very exhaustive (only about 50% of accidents collected)

For thematic phone survey (often considered as “quick and dirty”):

First contact by letter, followed by phone call. Takes on average 3-4 attempts before person is reached.

Only calls to land lines (no mobile phones)

Problems of representativity: poor, migrants and young are under-represented because the first two tend not to have land lines and the latter because they tend to use only mobile phones.

Greece

Household survey

Conducted in April and December 2000

Personal interviews

Asked about injuries that occurred in prior 1 month, 2-3 months, and 4-11 months

Asked about injuries for self and other members of household

Demonstrated biases: more likely to report own and more recent injuries

EDISS (EHLASS equivalent in Greece)

Continuous hospital data collection

CEREPRI sends own clerks to collect data in 4 participating hospitals

Used to compare data with household survey: The annual estimated incidence rates of injuries in Greece computed with the two sources (household survey and EDISS) are very different. See addendum below.

Thematic surveys

Essential in determining and evaluating risk factors

Public and private playgrounds

Heating devices

Other

Addendum: The annual number of the total estimated accidents in Greece is indeed about 1.530.000. This number includes as well the childhood injuries. The total number of injuries among adults is estimated to be around 1.241.000. So when one compares the estimated number of all injuries based on the two different ways of collecting data (household survey and routine data collection) it is only possible among ADULTS and the number is 525.000 for the household survey and 1.241.000 for EDISS (and not 1.530.000).

According to the Greek presentation, in the household surveys the percentage of minor injuries as well as the percentage of HLI is lower in comparison to the percentage from the continuous hospital data collection. This could be a consequence of the fact that hospital visits are very frequent for minor injuries.

Belgium

Country constituted of many communities (Flanders, Walloon, German-speaking population) unified under the authority of the King

EHLASS stopped in 2000 because not at all representative, only 3 hospitals participated in last years, too expensive, seen as not producing useful results.

Participation in WHO’s “Health Behaviour in School-aged Children” (HBSC) survey

Sentry of general practitioners who voluntarily collect data on various diseases and health problems which could potentially be used to collect data on injuries.

Health interview survey in 1997, 2001, 2004 with some questions concerning injuries and dogbites.

France (see attached documents)

EPAC survey (EHLASS in France)

Various cross-sectional surveys:

Enquête décennale santé

Enquête santé protection sociale

Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire

Thematic surveys to be developed, including national survey on drowning incidents begun in 2001

Continuing difficulty in estimating incidence rates of injuries for example, the incidence rates from EPAC are 3 times weaker than the incidence rates estimated from the Enquête santé protection sociale

Spain

Survey of households located in cities with at least 2000 inhabitants

Preliminary contact by phone, followed by face to face interview

Injury counted if takes place at home or during leisure activities, if receives medical or paramedical treatment either at a hospital or other health centre

Problem in understanding size and selection of sampling pool

→ Underlined need for more specific information.

Germany

Definition of an injury: Medical care sought or regular activity limited or affected for at least 14 days.

School injuries excluded

Cross-sectional survey asking about injuries within 3 months prior to survey

Nearly 129 000 households interviewed

Question regarding costs

Luxemburg

Participated in EHLASS (1994-1999) through telephone surveys

Asked about injuries within last 12 months

Injury included if recourse to medical care

Under-representation of 1 person, single-parent, foreigner and elderly person households

Lethal injuries not included

For these last 3 countries, it is obvious that more methodological material is necessary to have an accurate understanding of these cross-sectional surveys.

Issues presented, discussion

The aim of the project is not to replace continuous hospital data collection by a European survey, but rather to complement national continuous hospital data collection with a cross-sectional population survey with certain optimal characteristics in order to eliminate weaknesses from the continuous hospital data collection. These weaknesses include representativity, need for more precise information on socio-economic status, etc. This point of view is shared by the partners.

Problems of representativity coming out of telephone surveys need to be addressed by consulting experts working in polling agencies, such as SOFRES, IFOP, etc. in France. The methodological solutions to readjust the bias of these surveys must also come under close financial consideration.

The Greek experience is particularly valuable since it allows for comparisons between the incidence rates in continuous hospital data collection and in cross-sectional surveys. Furthermore, it has been able to quantify the memory bias that occurs in surveys, i.e. more likely to report injuries within last 3 months. It also showed that own injuries are more often remembered than other's injuries within the household.

The Portuguese results indicate that in certain studies, like those on food security, women give different information than men. So when we want to get information about all the people in a household by proxy, i.e.

addressing the one member of the household about the others, the characteristics of that member were not independent from the response.

Within the framework of this project, we need to define more precisely the optimal characteristics of a cross-section survey in terms of: periodicity, boundaries, choice of variables, mode of data collection, used nomenclature, costs, etc. For example, if several injuries occur within the surveyed period, we have to define the rules on which injury or injuries will be chosen for further investigation (most recent, most severe etc.)

During the meeting, we came to an understanding on the following points for an efficient European information system:

- Continuous hospital data collection is of great value in determining the global characteristics of a great number of injuries. It also allows to have a micro-accidentological understanding for risky products and the most severe injuries.
- Cross-sectional surveys are better adapted to give a macro-accidentological view of HLIs and to contribute to the production of national and European indicators, one condition being that this survey should be coordinated with hospital data collection.
- National thematic surveys or ad hoc surveys remain necessary to explore risk factors. They also have to be done in conjunction with the other surveys.

Next steps

Developing questionnaire and study

Objectives of study?

Methodology: random selection, face-to-face or phone interviews, collection, validation and establishing results of the survey

Formulating questions

Recommended rhythm of cross-sectional survey

Comparing results with EHLASS continuous data collection

One of the goals of the project is to produce a questionnaire for specific injury surveys. The role of the partners in this process is essential at each stage.

Next steps of the project and meeting

By the end of February, we would like to have a complete bibliography on the different types of surveys in the field of injuries in each partner country. We are soliciting each partner for more information, including detailed questionnaires (and translation at least in English) of their own surveys.

The partners will also be asked to give feedback on the proposed questionnaires and their characteristics. (See above.)

In the coming months, the French team will conduct further research on data collection in Spain, Germany and Luxemburg in order to elucidate their methodologies. Any relevant information about methodologies that could be collected by the other partners is welcome.

Consultation with international experts on specific international information collection systems (WHO-MDS, CSI-MDS, ISS V2000) will contribute viable information to the project.

The partners are encouraged to forward any more information that may be gathered about surveys within their own countries.

We foresee a meeting in June or July 2004, after the Vienna conference on injuries and compatible with the various participants' constraints.

Attachments: Powerpoint presentations

Annexe VIII

Réunion téléphonique du 15 décembre 2004

The basis of the discussion were the documents (below) on the list of items, and on the formulation of the questions that should be asked in a cross sectional survey. These documents were sent before the phone conference, and some written comments were already made by the partners.

The aim of the conference was to reach to a consensus between the different possible options.

Participants :

Nick Dessypris (CEREPRI, Greece), Robert Bauer and Mathilde Sector (Sicher Leben, Austria), Baltazar Nunes (Instituto nacional de saude, Portugal), Marc Nectoux (Psytel, France), Bertrand Thélot (InVS, France)
Alain Lévêque sent his comments before the meeting.

Project “Harmonized Survey”

List of items

1 – necessary in any Cross sectional survey (CSS)

2 – relevant in a more detailed CSS

The country:

1 - Country of collection

The person injured:

1 - Age

Sex

Zip code of usual residence place

2 - Nationality

Social profile:

Level of formation

Occupational status

Profession

The injury:

1 - Place of occurrence

Activity when the Injury occurred

If sport: type of sport

Mechanism

Nature of injury (lesion)

Part of body injured

Product involved and / or cause of the injury

The severity and / or the treatment / follow-up

1 - Type of health resource used for this injury

2 - Clinical measure of the initial severity

Subjective appreciation of the severity by the person injured

Narrative:

1 - Circumstances of the injury (free text)

2 – Specific circumstances including:

Alcohol use

Psychotropic use

Intervention of other persons

Project “Harmonized Survey”

Formulation of questions to be asked in the frame of a Cross sectional survey (CSS)

The person injured:

- *What is your age?
- *(Are you a male or a female?)
- *What is the code of your usual residence place?

- *Of which nationality are you?
- *What is your level of initial formation?
- *What is your occupational status?
- *What is your profession?

The injury:

- *Where you injured during the last 3 months (90 days)?
If yes, and for the latest injury:
- *Where were you injured?
- *What was your activity when this injury occurred?
In case of sport activity:
- *Can you precise which sport?
- *Through which mechanism did the injury occur?
- *What was the nature of the injury?
- *Which part of the body was injured?
- *Which product was implicated in the injury?
- *Which product caused the lesion?

The severity and / or the treatment / follow-up

- *Following this injury, did you use a health resource?
If yes:
- *Were treated outside hospital? Referred to a hospital? Admitted to a hospital?
- *Would you say that the initial severity of this injury was: minor; moderate; serious; severe; critical; maximum?
- *During the 48 hours after this injury, do you estimate you were limited in your daily activities?

Narrative:

- *How would you describe the circumstances of the injury?
- *Were the following elements present when the injury occurred?
 - Alcohol use
 - Psychotropic use
 - Intervention of other persons
 - Other

Projet « Enquête type »

Compte-rendu de la réunion téléphonique du 15 décembre 2004

Contexte :

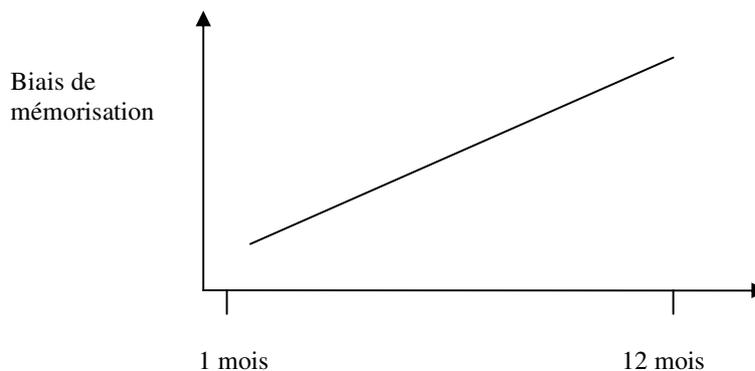
- L'équipe de projet voulait faire le point sur l'avancement des travaux et notamment sur le projet de questionnaire de l'enquête type. La réunion téléphonique nous a semblé le moyen le plus adéquat et pertinent pour cette discussion.

Ont participé à la réunion téléphonique : R. Bauer et M. Sector (ISL – AT), B. Thélot (InVS - F), M. Nectoux (Psytel - F), B. Nunes (INS – PT), N. Dessypris (CEREPRi – GR).

Points abordés :

1. Périmètre de l'enquête : L'équipe de projet précise bien que l'enquête type se rapporte uniquement aux traumatismes liés aux accidents de la vie courante (HLA) et que les nomenclatures de référence sont celles présentes dans le manuel de codage ISS V2000. Les partenaires souhaitent que l'on évoque dans le rapport final l'extension possible de l'enquête aux autres types de traumatisme (accidents de la circulation, du travail, violences, etc.), si l'on rajoute des modules de questions s'y rapportant.

2. Délai de mémorisation : Il y a une corrélation forte entre le biais de mémorisation et la durée de la période où l'interviewé est sensé se souvenir d'un accident survenu : plus cette période est longue, plus le biais de mémorisation est important. Cette période peut varier dans les enquêtes rétrospectives entre 1 mois et 12 mois. Pour N. Dessypris la période optimale est de 2 mois, selon la littérature scientifique publiée sur le sujet.



3. Buts de l'enquête type : B. Nunes demande que l'on précise les buts de l'enquête type : est-ce pour connaître le taux d'incidence des HLA ou pour constituer un échantillon représentatif d'accidents ? Pour le chef de projet ces deux objectifs ne sont pas incompatibles. Il faut choisir une taille d'échantillon qui puisse permettre de construire un échantillon représentatif d'accidents, en lien avec le recueil hospitalier et d'en déduire les taux d'incidence.

4. Définition des HLA à prendre en compte : Tous les partenaires sont d'accord pour définir les HLA à prendre en compte dans l'enquête comme des accidents ayant entraîné au moins un recours aux soins (services d'urgence, généralistes, pharmaciens, etc.).

5. Saisonnalité de l'enquête : R. Bauer rappelle que les HLA sont saisonniers : on ne collectera pas les mêmes accidents en hiver et au printemps. B. Thélot signale que le caractère géographique des accidents est au moins aussi important : accidents de montagne, accidents de bord de mer, etc. Il faut donc combiner une bonne représentativité géographique et plusieurs vagues d'enquête réparties dans le temps.

6. Sélection de l'accident à prendre en compte dans l'enquête : B. Thélot demande aux partenaires quel accident on doit prendre en compte au cours de la période considérée : le plus sévère ou le plus récent ? Les partenaires grecs sélectionnent dans leur enquête le plus récent. R. Bauer précise que, quant à eux, ils demandent à la fois le nombre des accidents survenus au cours de la période et des détails spécifiques sur le plus sévère.

7. Biais de la méthode d'enquête par téléphone : B. Thélot signale que la croissance du nombre des téléphones portables en remplacement des téléphones fixes risque de biaiser la représentativité des enquêtes téléphoniques. D'une part, des méthodes correctives sont en train d'être mises en place par les sociétés qui effectuent ce type d'enquête, d'autre part la méthode de l'enquête en face à face est trop onéreuse pour constituer une alternative possible. N. Dessypris évoque les problèmes liés au contact avec les personnes très âgées et les enfants. Dans le cadre de l'enquête type il est prévu d'interroger les personnes entre 15 ans et 75 ans.

8. Le profil social : B. Thélot rappelle les trois questions liées au profil social de la victime : niveau le plus élevé d'éducation, statut dans l'emploi, profession. Les partenaires sont d'accord pour introduire ces questions dans l'enquête. Quand il s'agit d'un enfant, ces questions doivent se rapporter aux responsables légaux de l'enfant (parents en général). La question des nomenclatures de ces variables est à examiner (codage EUROSTAT, codage NOMESCO, etc.).

9. La narration de l'accident : C'est une variable importante qu'il faut laisser dans le questionnaire. R. Bauer est favorable à son introduction en début de questionnaire pour permettre aussi la sélection du type d'accident en s'appuyant sur cette description.

10. Le nombre des lésions : Les partenaires sont d'accord pour introduire la possibilité de décrire deux types de lésion et deux parties lésées.

11. Nationalité : Il ne semble pas possible d'introduire directement la variable Nationalité. On propose d'incorporer la variable code postal du lieu de résidence habituel. R. Bauer suggère aussi la possibilité d'introduire une question sur le type d'habitat (zone rural, urbaine, périurbaine, etc.).

Les étapes suivantes :

- Finalisation du questionnaire et de la méthodologie
- Traduction
- Envoi aux partenaires
- Modifications
- Ecriture du rapport final

Annexe IX

Nomenclatures de profils sociaux

Le profil social de personnes enquêtées est appréhendé par trois types d'informations :

- niveau d'études atteint
- situation d'emploi,
- la profession.

Quand il s'agit d'un enfant, ces questions doivent se rapporter aux responsables légaux de l'enfant (parents en général).

Les nomenclatures ci-dessous, utilisées dans le recueil EPAC en France, ont l'avantage d'être simples, d'emploi pratique et généralisables dans d'autres pays européens.

Niveau d'études atteint

- 1 = Primaire, aucun diplôme
- 2 = Collège, scolarité jusqu'à 16 ans
- 3 = Lycée, niveau baccalauréat
- 4 = Supérieur

Situation d'emploi

- 1 = en activité ;
- 2 = chômeur ;
- 3 = au foyer ;
- 4 = retraité ;
- 5 = en formation initiale (élève, étudiant) ;
- 8 = autres et sans objet ;
- 9 = inconnu

Codage sur 1 caractère numérique. Cet item doit être codé lorsque l'accidenté est âgé de plus de 16 ans, ou lorsque il est âgé de 14 à 16 ans et qu'il est en formation professionnelle.

Précisions :

Les actifs en formation doivent être codés : 1

Les chômeurs ayant déjà travaillé doivent être codés : 2

Les personnes n'ayant jamais travaillé ne sont pas considérées comme des chômeurs et doivent être codées : 8

Les moins de 16 ans, adolescents et adultes jeunes en poursuite de formation initiale (élèves, étudiants) n'ayant jamais travaillé doivent être codés : 5

Profession

1 = agriculteur

2 = artisan, commerçant, chef d'entreprise

3 = cadre ou profession intellectuelle supérieure

(professions libérales, cadres de la fonction publique, professeurs, professions scientifiques, de l'information, des arts et spectacles, cadres administratifs et commerciaux, ingénieurs et cadres techniques d'entreprise)

4 = professions intermédiaires

(Instituteur et assimilés, profession intermédiaire de la santé et du travail social, clergé, religieux, profession intermédiaire administrative et de la fonction publique, profession intermédiaire administrative et commerciale des entreprises, technicien, contremaître, agent de maîtrise)

5 = employé

(de la fonction publique : civils, agents de service, policiers, militaires ; employés administratifs d'entreprise, de commerce ; personnels des services directs aux particuliers)

6 = ouvrier qualifié

7 = ouvrier non qualifié

8 = sans objet

9 = inconnu

1 caractère numérique. Cet item doit être codé lorsque l'accidenté est âgé de plus de 16 ans, ou lorsque il est âgé de 14 à 16 ans et qu'il est en formation professionnelle.

Précisions :

Les chômeurs ayant déjà travaillé, les personnes au foyer ayant travaillé, les retraités doivent être codés dans leur profession précédente.

Les personnes au foyer n'ayant jamais travaillé doivent être codées : 8

Les personnes en formation initiale, moins de 16 ans, adolescents et adultes jeunes (élèves, étudiants) n'ayant jamais travaillé, les personnes n'ayant jamais travaillé doivent être codées : 8

Les personnes en formation continue, qui ont donc déjà travaillé :

si elles ont une profession, ce sont des actifs : coder leur profession.

si elles sont au chômage : coder leur profession précédente.

Annexe X

Bibliographie

- [1] Krug E. Injury : A Leading Cause of the Global Burden of Disease. Geneva, World Health Organisation, 1999.
- [2] Thélot B. Les accidents de la vie courante : un problème majeur de santé publique. BEH mai 2004 ; 19-20 : 74-75.
- [3] Philippakis A, Hemenway D, Alexe D M, Dessypris N, Spyridopoulos T, Petridou E. A quantification of preventable unintentional childhood injury mortality in the United States. Injury prevention 2004 ; 10:79-82.
- [4] Site santé publique de l'Union européenne. http://europa.eu.int/pol/health/index_fr.htm et programme d'action communautaire relatif à la prévention des blessures (1999-2003) <http://europa.eu.int/scadplus/leg/fr/cha/c11556.htm>
- [5] Thélot B, Ricard C, Nectoux N. Guide de référence pour le recueil des données de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Réseau EPAC, Institut de veille sanitaire, décembre 2004.
- [6] Nachbaur C, Uhry Z, Thélot B. Estimation du taux d'incidence annuel d'accidents de la vie courante, en France, en 2001. Poster n°14. Journées scientifiques de l'Institut de Veille Sanitaire, Paris, 7-8 décembre 2004.
- [7] Thélot B, Nachbaur C, Mouquet MC, Boyer S. Estimates of annual incidence rates of home and leisure injuries in France. Poster, Vienne, juin 2004.
- [8] Doussin A, Dumesnil S, Le Fur, Ph. Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) : méthode et déroulement en 2002. Rapport série méthode, Irdes, 2002 et *Questions d'économie de la santé*, 2002, n°62.
- [9] Garry F. Les accidents de la vie courante en France selon l'enquête Santé et Protection Sociale 2000. BEH mai 2004 ; 19-20 : 81-82.
- [10] Les accidents de la vie courante en France selon l'Enquête Santé et Protection Sociale 2002. Institut de veille sanitaire, mars 2005.
- [11] Guilbert P, Baudier F, Gautier (dir.). Baromètre Santé 2000. Volume 1, méthodes. Éditions Inpes, 2001.
- [12] Bourdessol H, Janvrin MP, Baudier F. Accidents in Guilbert P, Baudier F, Gautier (dir.). Baromètre Santé 2000. Volume 2, résultats: 359-87. Éditions Inpes, 2001.
- [13] Enquête santé 2002-2003. Note d'instruction pour les enquêteurs. Insee, Paris, 2002.
- [14] Guenot C, Dumontier F, Lanoë JL, Thiesset C, Trugeon A. Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux. Journées des Statisticiens. 26-27 mars 2003, Amiens, France : 2003.
- [15] Entretiens à la TNS-Sofres avec MP Bayol et Odile Peixoto, 2004.
- [16] Bayol MP, Peixoto O. Harmonisation européenne des protocoles d'enquête d'évaluation des accidents de la vie courante. TNS-Sofres, juin 2004.
- [17] Site Web de l'Eurobaromètre : http://europa.eu.int/comm/public_opinion/index_fr.htm
- [18] Eurobaromètre 62. L'opinion publique dans l'Union européenne octobre – novembre 2004. Premiers résultats, décembre 2004. http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/eb/eb62/eb62first_fr.pdf

- [19] Eurobaromètre 49. La sécurité des produits alimentaires. Commission européenne, septembre 1998. http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_120_fr.pdf
- [20] Programa de prevencion de lesiones : Red de detección de accidentes domésticos y de ocio. Resultados espana 2003. Ministerio de sanidad y consumo, Instituto nacional del consumo.Espana, Madrid, 2003.
- [21] Thélot B (dir.). Résultats de l'Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante, années 1999-2000-2001. Réseau EPAC, Institut de Veille Sanitaire, Département maladies chroniques et traumatismes, juin 2003.
- [22] Home and Leisure Accidents coding manual V2000. Réseau européen de prevention des blessures (Injury Prevention Network). Commission européenne, Luxembourg.
- [23] International Classification of External Causes of Injuries (ICECI), Woorld Health Organisation (WHO) et Consumer Safety Institute (CSI).
- [24] Holder Y, Penden M, Krug E et al. Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes. *Injury Surveillance Guidelines*. Organisation mondiale de la santé, 2004.
- [25] Bloemhoff A et al. Development of Minimum Data Sets of Injuries : background report. Consumer Safety Institute, Amsterdam, Juillet 2001, 145 p.
- [26] Bloemhoff A et al. Data Dictionary for Minimum Data Sets on Injuries. Consumer Safety Institute, Amsterdam, Juillet 2001, 55p.
- [27] Description et gravité des lésions traumatiques selon les classifications AIS 1998 et IIS 1994. Traduit de l'anglais, InVS, 2004. The Abbreviated Injury Scale, AIS, version 1998, The Injury Impairment Scale, IIS, version 1994. AAAM, Des Plaines, USA, 1998.
- [28] Petridou E, Dessypris N, Frangakis C E, Belechri M, Mavrou A, Trichopoulos D. Estimating the population burden of injuries: a comparison of household surveys and emergency department surveillance. *Epidemiology*. 2004 Jul ; 15(4) : 428-32.
- [29] Mock C, Acheampong F, Adjei S, Koepsell T. The effect of recall on estimation of incidence rates for injury in Ghana. *Int J Epidemiology*. 1999 Aug ; 28(4):750-5.
- [30] Harel Y, Overpeck MD, Jones Dh et al. The effects of recall on estimating annual nonfatal injury rates for children and adolescents. *Am J Public Health*. 1994 ; 84 : 599-605.
- [31] Moshiro C, Heuch I, Astrom AN, Setel P, Kvale G. Effect of recall on estimation of non-fatal injury rates: a community based styudy in Tanzania. *Injury Prevention* 2005; 11: 48-52.
- [32] Enquête sur les accidents de la vie courante. Résultats 1987 à 1994. Etudes et Statistiques, 1997, dossier n°38. et cahier des charges sur l'enquête « accidents de la vie courante », avril 1992, CnamTS, Paris.
- [33] Cummings P, Rivara FP, Thompson RS, Reid RJ. Ability of parents to recall the injuries of their young children. *Injury Prevention* 2005; 11: 43-47.
- [34] Site accidents de la vie courante, résultats EPAC. <http://www.dsi.univ-paris5.fr/AcVC/>
- [35] Home and Leisure Accidents, Representative Survey in Germany in 2000. Community Action Programme on Injury Prevention. Annual Report IPP, Germany 2000/2001, Juillet 2002.
- [36] L'enquête HLA à Luxembourg : Les accidents domestiques et de loisir au Grand Duché de Luxembourg en 2000. Document ronéotypé, transmis par Y. Wagener, février 2004.
- [37] Kodierungshandbuch. Kodierungshandbuch für Heim- and Freizeitunfälle mit berücksichtigt: erzeugnisbezogene Unfälle, Sicher Leben, Vienne, Janvier 2001.