

# LE BULLETIN

## DE L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE BASSE-NORMANDIE

ISSN 0295-9887

NUMERO 19

DECEMBRE 2005

### Devenir médical et social des personnes accidentées en Basse-Normandie

#### Introduction

Les accidents, quel qu'en soit le type (accidents de la circulation, du travail ou de la vie courante) représentent une des principales causes de morbidité et mortalité évitables ; les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence sont à la fois individuelles (modification des comportements) et collectives (actions sur les infrastructures, prévention/éducation, dépistage des facteurs de risque).

La prévention des accidents fait partie des axes définis comme prioritaires lors de la concertation régionale du 8 novembre 2002 dans le cadre de la loi quinquennale de santé publique. Par ailleurs, nous manquons de connaissances sur le devenir et la prise en charge des personnes victimes d'accidents, sur les séquelles somatiques ou psychiques et sur les conséquences professionnelles et sociales éventuelles.

C'est pourquoi l'ORS a conçu un protocole d'étude des conséquences et pertes éventuelles de qualité de vie un an après une hospitalisation pour accident, les résultats pouvant être utilisés ensuite dans le cadre de leur prévention primaire ou tertiaire.

Cette étude a été réalisée avec l'accord et le partenariat financier de la DRASS.

#### Méthodologie

Une cohorte de personnes accidentées a été constituée à partir des passages au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Caen en janvier, février et mars 2004.

L'exploitation des mains courantes de chirurgie, mais aussi de médecine et de réanimation, a permis de constituer une première liste de personnes hospitalisées qui ont été revues ensuite dans les services pour tester les critères d'inclusion : domicile en Basse-Normandie, hospitalisation d'au moins 5 jours et acceptation de l'enquête (entretien en face à face au cours de l'hospitalisation et second entretien un an après).

Le premier questionnaire renseignait sur les conditions de l'accident, l'état de santé de la personne lors de son hospitalisation et ses caractéristiques socio-démographiques.

Deux groupes ont été constitués en fonction de la gravité initiale sur la base de la mesure de l'incapacité fonctionnelle : l'un comprenait les personnes qui ne présentaient pas de graves altérations physiques et psychologiques au moment de l'accident; elles ont été réinterrogées par téléphone. L'autre était constitué des personnes présentant des altérations physiques et psychiques plus importantes; elles ont été réinterrogées en face à face à domicile, par une ergothérapeute recrutée spécialement à cet effet.

La phase deux de l'enquête a été réalisée en mars 2005 et a permis de recueillir les informations sur le devenir médical, social, familial, professionnel et la qualité de vie de la personne un an après.

#### Résultats

##### 1. Phase de recrutement de la cohorte

Entre janvier et mars 2004, 715 personnes sont passées aux urgences du CHU de Caen pour un motif repéré comme lié à un accident. 505 sont sorties avant 5 jours et 210 ont été hospitalisées au moins 5 jours. Parmi ces dernières, 48 étaient ininterrogeables (en raison de troubles cognitifs et selon l'équipe soignante), 38 ont refusé de participer à l'enquête et une personne est décédée. Au total, **123 personnes ont été interrogées.**

##### 1-1) Profil des accidentés interrogés (123 personnes)

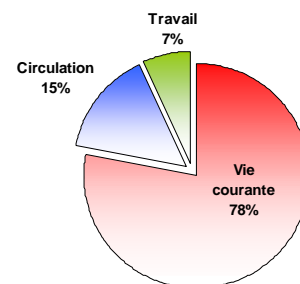
La cohorte est composée de 55% de femmes et 45% d'hommes, âgée en moyenne de 63,4 ans. Les femmes sont en moyenne plus âgées que les hommes et sont davantage représentées aux âges élevés (respectivement 75 ans contre 49).

Il en découle que plus du tiers de cette population est composé de veufs (36%, contre 8% dans le Calvados), dont la grande majorité sont en fait des femmes (89%) à la moyenne d'âge plus élevée. Les personnes mariées ou en couple représentent 31% de la cohorte (contre 49%), les célibataires 24% (contre 43% de célibataires ou divorcés dans la population générale).

Il en ressort également que les personnes hospitalisées pour accident sont en majorité des retraités ou "inactifs" (63% contre 32% dans la population générale du calvados). Les personnes accidentées ayant une activité professionnelle représentent 23% de la cohorte (contre 47% dans la population prise pour référence) et les élèves ou étudiants 8% (contre 13%).

##### 1-2) Types d'accidents

##### Graphique 1 : Répartition selon le type d'accidents



**Les accidents de la vie courante (97) sont cinq fois plus nombreux que ceux de la circulation (18) et douze fois plus nombreux que ceux du travail (8).**

Les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à être victimes d'accidents du travail et de la circulation. En revanche, ces dernières sont davantage victimes d'accidents de la vie courante.

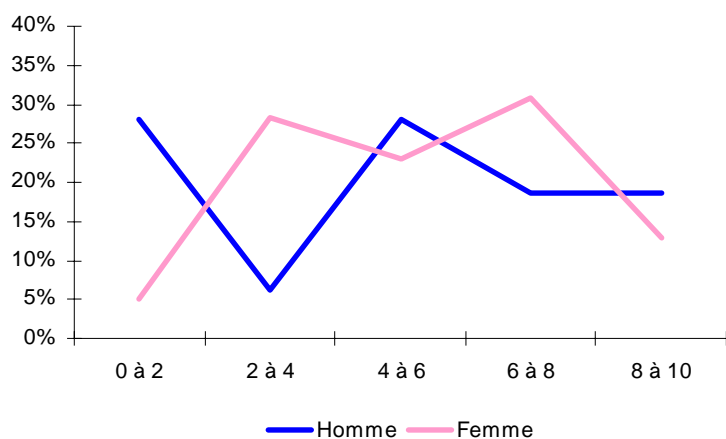
Les accidents de la vie courante concernent surtout des personnes de plus de 65 ans ; par contre les accidents de la circulation et du travail touchent principalement des personnes de 15 à 45 ans.

## 1-3) Lésions et douleur

Les lésions causées par l'accident diffèrent selon le type d'accident : 44% des victimes d'accident de la circulation sont polytraumatisées contre 9% des accidentés de la vie courante. Une fracture des membres inférieurs accompagne 28% des accidents de la circulation et 19% des accidents de la vie courante. Les fractures du col du fémur, consécutives à une chute, concernent 26% des accidentés de la vie courante et touchent principalement les femmes âgées.

La douleur a été mesurée grâce à l'utilisation d'une échelle visuelle de la douleur lors du passage de l'enquêteur :

**Graphique 2 : Douleur perçue selon le sexe**



Si la proportion de femmes déclarant une douleur physique n'est pas significativement supérieure à celle des hommes, l'intensité ressentie en moyenne par les femmes (5,4) est significativement supérieure à celle ressentie par les hommes (4,9).

## 1-4) Mode de sortie

La grande majorité des personnes victimes d'un accident de la circulation (82%) ou du travail (88%) retournent directement à leur domicile en sortant de l'hôpital. Ce n'est pas le cas pour les personnes victimes d'un accident de la vie courante : plus de quatre sur dix, passent d'abord par un centre de convalescence.

**Le retour direct à domicile est d'autant plus fréquent que la durée d'hospitalisation est courte** (84% lorsque cette durée est comprise entre 5 et 8 jours contre 36% au-delà de 11 jours).

A l'inverse, la nécessité d'un passage en convalescence est d'autant plus fréquent que l'hospitalisation est longue.

## 2. Devenir des accidentés un an après leur accident

Parmi les 123 personnes recrutées entre janvier et mars 2004 : 91 ont été réinterrogées, 8 ont refusé de répondre au deuxième questionnaire, 8 sont décédées, 3 personnes sont devenues ininterrogables et 13 n'ont pas été retrouvées (perdus de vue).

Parmi les 91 personnes qui ont pu être réinterrogées, 55 l'ont été en face à face et 36 par téléphone.

Le profil socio-démographique des personnes réinterrogées reste le même que celui de la population initialement recrutée.

### 2-1) Plus de la moitié des accidentés vivant à leur domicile reçoivent encore des soins infirmiers un an après

La moitié des accidentés revus (46 personnes, soit 51%) a été orientée dans un centre de convalescence ou de réadaptation fonctionnelle.

La durée moyenne du séjour en centre de convalescence ou de réadaptation fonctionnelle est de 9,6 semaines, soit un nombre total de 404 semaines. Sur la base de 7 jours de soins dans une semaine, cela représente 2 828 jours de soins donnés à 46 accidentés.

**Près des deux tiers des répondants (57 personnes, soit 65%) ont suivi des séances de kinésithérapie.**

Au moment de la passation du questionnaire, le nombre de séances de kinésithérapie effectuées par les 49 personnes concernées était de 2 315 séances; ce décompte n'était pas définitif puisque des personnes suivaient encore des séances.

Une personne a bénéficié de séances d'orthophonie et trois de soins d'ergothérapie.

Parmi les personnes vivant à leur domicile ou en logement-foyer, 27 (soit 34%) ont bénéficié d'aides à domicile professionnelles suite à l'accident, ce sont principalement des personnes âgées (âge moyen 75,1 ans). **En mars 2005, 14 personnes bénéficiaient encore de soins infirmiers à domicile.**

### 2-2) Des conséquences non négligeables sur l'activité professionnelle ou l'autonomie

Parmi les 21 personnes qui exerçaient une activité professionnelle au moment de l'accident, 20 ont eu un arrêt de travail. **En mars 2005, 3 personnes n'avaient pas repris leur travail.**

Pour 44 personnes (principalement des retraités), le médecin avait prescrit un arrêt d'activité (marcher, faire le ménage, faire les courses, danser...). **Une personne a déclaré avoir perdu son emploi.**

Une incapacité totale de travail (ITT) a été prescrite pour 8 personnes.

Une date de consolidation a été prescrite pour 6 personnes et **13 étaient toujours en attente en mars 2005.**

Deux personnes ont déclaré qu'une incapacité permanente partielle avait été déterminée par la Sécurité sociale.

Parmi les victimes d'accident de la vie courante ou de la circulation âgées de moins de 60 ans, 3 ont été classées par la Sécurité sociale dans la troisième catégorie d'invalidité.

Enfin, **la COTOREP a reconnu pour 7 personnes une incapacité ou un handicap** à la suite de l'accident survenu pendant le 1er trimestre 2004.

## 2-3) Douleurs et séquelles dans plus d'un cas sur deux

A leur sortie de l'hôpital, 52 personnes souffraient encore de douleurs physiques liées à l'accident.

En mars 2005, 49 souffrent toujours de ces douleurs, principalement localisées au cou, dans le dos, au niveau des lombes, au coccyx, aux hanches, au genou, dans la cuisse ou la jambe.

Parmi l'ensemble de la cohorte réinterrogée, 67 ont déclaré garder des séquelles simples ou multiples (54%). Les principales séquelles sont : les difficultés à la marche, des douleurs, des lésions cutanées, des difficultés à la préhension et une diminution de force ou d'amplitude.

## 2-4) Une perte de certaines activités quotidiennes

Sans que l'on puisse déterminer la part due au seul vieillissement, l'impact de l'accident sur la vie quotidienne peut être important :

Avant leur accident, 51 personnes conduisaient un véhicule, après l'accident, **13 ne peuvent plus conduire et 3 conduisent un véhicule adapté à leur handicap.**

2 personnes ont déclaré le décès d'un proche lors de leur accident, **5 sont parties en maison de retraite** et 9 ont du annuler un voyage.

Parmi les personnes qui avaient des activités ou des loisirs avant leur accident (soit 41 personnes), 30 ont déclaré qu'elles ne pouvaient plus les pratiquer, 3 personnes ont changé d'activité et 8 en ont réduit la fréquence.

Un tiers de la cohorte a cependant déclaré des projets pour l'avenir : 8 personnes ont des projets professionnels, 6 des projets immobiliers, 4 souhaitent s'investir dans divers activités et 9 personnes projettent de faire un voyage.

## 2-5) Une récupération du niveau d'indépendance fonctionnelle dans 80% des cas

**Tableau 1 : Evolution de la MIF sur un an (1)**

| MIF1 \ MIF 2 | < à 80 | 80 à 110 | 110 à 126 | 126 à 127 | TOTAL |
|--------------|--------|----------|-----------|-----------|-------|
| < à 80       | 6      | 8        | 17        | 6         | 37    |
| 80 à 110     | 0      | 9        | 14        | 12        | 35    |
| 110 à 126    | 0      | 1        | 1         | 5         | 7     |
| 126 à 127    | 0      | 1        | 0         | 2         | 3     |
| TOTAL        | 6      | 19       | 32        | 25        | 82    |

**Vert = amélioration, Rouge = aggravation**

Parmi les 37 personnes qui avaient une MIF initiale inférieure à 80, 6 gardent une dépendance physique et psychique, en revanche **31 personnes connaissent une amélioration de leur état de santé** : 8 personnes présentent toujours une dépendance physique mais ne sont plus altérées sur le plan cognitif, 17 personnes ne présentent quasiment plus de dépendance physique ou très légère et 6 personnes ont retrouvé une indépendance fonctionnelle complète.

Parmi 35 personnes qui avaient une MIF initiale comprise entre 80 et 110, 9 restent dans cette même classe, 14 personnes gagnent en indépendance physique et 12 retrouvent une indépendance fonctionnelle complète.

Parmi les 7 personnes présentant une indépendance partielle, 1 a perdu son autonomie et présente une dépendance physique plus accentuée, 1 conserve le même type de dépendance et 5 ont récupéré une indépendance fonctionnelle complète.

Au contraire, parmi les 3 personnes qui présentaient une indépendance fonctionnelle complète au moment de leur hospitalisation initiale, une personne a vu son état de santé se dégrader un an après et présente une dépendance physique.

## 2-6) Une qualité de vie dégradée dans la cohorte des accidentés

Les scores moyens de la cohorte d'accidentés sont comparés à ceux obtenus dans une enquête en population générale en France(2). Ces indices de références sont donnés pour information et ne représentent pas une référence exacte.

**Tableau 2 : Comparaison par sexe des scores moyens de la cohorte d'accidentés à une population générale**

| Echelles                               | Population générale |       | Cohorte d'accidentés |          |
|--|---------------------|-------|----------------------|----------|
|  | Homme               | Femme | Homme                | Femme    |
| Activité physique                      | 87,07               | 82,22 | 73,82**              | 33,23*** |
| Limitations dues à l'activité physique | 83,86               | 78,96 | 63,51**              | 48,5***  |
| Douleurs physiques                     | 75,98               | 71,18 | 59,74**              | 60,15*   |
| Santé perçue                           | 70,07               | 68,33 | 66,39**              | 58,94**  |
| Vitalité                               | 62,23               | 58,03 | 51,97**              | 42,66*** |
| Vie et relation avec les autres        | 84,08               | 79,41 | 56,58***             | 62,23*** |
| Santé psychique                        | 85,41               | 79,34 | 73,68                | 68,0     |
| Limitations dues à l'état psychique    | 71,42               | 65,96 | 69,26                | 61,45    |

Comparaisons de moyennes par le Student, \* différence significative, \*\* différence très significative, \*\*\* forte différence significative.

La cohorte d'accidentés présente une qualité de vie moins bonne que la population générale, et ceci d'autant plus que l'âge de l'accidenté est élevé.

Un an après leur accident, les hommes ressentent une certaine limitation de l'activité physique. Ils rencontrent des problèmes dans leur travail ou leur activité quotidienne en raison de leur état physique. Ils souffrent de douleurs physiques, ont perdu leur vitalité et rencontrent des difficultés dans leur vie normale avec les autres dues à leur état physique ou émotionnel.

Les femmes, ressentent aussi une limitation de l'activité physique. Elles rencontrent des problèmes dans leur travail ou leur activité quotidienne en raison de leur état physique. Contrairement aux hommes elles souffrent moins physiquement mais évaluent leur état de santé physique comme mauvais et se dégradent. Elles ont aussi une perte de leur vitalité et rencontrent des difficultés dans leur vie relationnelle dues à leur état physique ou émotionnel.

(1) Interprétation des classes du tableau 1 :

Inférieur à 80 : Dépendance physique et psychique  
80 à 110 : Dépendance physique mais pas d'altération sur le plan cognitif  
110 à 126 : Indépendance physique partielle  
126 à 127 : Indépendance fonctionnelle complète

(2) "Le questionnaire MOS SF-36, Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores", A. Leglège, E. Ecosse, J. Pouchot, J. Coste, T. Pernege. Edition ESTEM - 2001.

## Conclusion

Cette enquête donne une vision du devenir médical et social des personnes accidentées et hospitalisées au moins 5 jours au CHU de Caen. Sur les 715 personnes passées aux urgences du CHU entre janvier et mars 2004 à la suite d'un accident, 123 personnes ont intégré la cohorte des accidentés hospitalisés plus de 5 jours. Un an après, 91 ont pu être interrogées de nouveau.

**Parmi l'ensemble de ces 91 accidentés, 80% sont victimes d'un accident de la vie courante** ; le cas de figure le plus souvent rencontré est la chute au domicile d'une femme âgée de plus de 65 ans occasionnant une fracture (du col du fémur ou des membres inférieurs) ou des tassements vertébraux.

La durée d'hospitalisation pour fracture du col du fémur, qui est théoriquement de 8 jours (hors complication post opératoire), est largement dépassée. En effet, sur 25 personnes (des 123 accidentés) souffrant d'une fracture du col du fémur, 12 sont restées entre 8 et 10 jours au CHU et 12 plus de 10 jours, ces dernières étant toutes en attente d'une place en maison de convalescence. Une seule personne est sortie avant le huitième jour. Le manque de place dans les maisons de convalescence et les centres de réadaptation, entraîne plusieurs types de conséquences dommageables en amont :

- hospitalisation prolongée pour le patient,
- occupation d'un lit pour des raisons extra médicales,
- engorgement du service d'accueil des urgences.

Il est donc nécessaire et urgent d'augmenter les capacités d'accueil des maisons de convalescence et des centres de réadaptation fonctionnelle de la région. Cela confirme aussi l'importance de la prévention des chutes chez les personnes âgées.

**Les personnes victimes d'accidents de la circulation représentent 15% de la population interrogée.** Ce sont principalement des hommes, âgés de moins de 45 ans et polytraumatisés. **Les accidents du travail touchent 5% de la cohorte**, il s'agit le plus souvent d'hommes âgés de 25 à 45 ans.

**Les suites de ces hospitalisations pour accident, évaluées un an après, peuvent être décrites selon 3 catégories principales :**

### Les conséquences médicales

Parmi les 123 personnes recrutées, un an après leur accident, 8 sont décédées, dont une personne des suites de l'accident. Les 7 autres décès ne sont pas liés directement à l'accident, mais celui-ci a probablement contribué à la dégradation de l'état de santé. De même, 3 personnes sont devenues ininterrogeables en raison d'une démence sénile.

Parmi les personnes effectivement réinterrogées (91 personnes), 67 gardent des séquelles physiques simples ou multiples liées à l'accident, 46 ont été orientées dans un centre de réadaptation ou en maison de convalescence, 57 ont suivi des séances de kinésithérapie, 49 personnes souffrent toujours de douleurs physiques et 2 personnes doivent subir une nouvelle intervention chirurgicale.

### Les conséquences sociales

Sur l'ensemble de la cohorte, 5 personnes sont parties en maison de retraite, 7 ont déclaré un changement de leur vie quotidienne, 27 ont bénéficié d'aides à domicile professionnelles, 32 ont dû modifier leurs projets et 41 personnes ont dû arrêter ou changer leurs loisirs.

La survenue d'incapacités liées à l'accident, mais aussi des événements familiaux indépendants, peuvent entraîner une perte d'autonomie, facteur majeur de handicap.

### Les conséquences professionnelles

Parmi les 91 personnes accidentées, 21 travaillaient au moment de l'accident dont 20 ont eu un arrêt de travail ; un an après 3 sont toujours en arrêt. 8 personnes ont rapporté une incapacité totale de travail, 6 une date de consolidation, 2 une incapacité permanente partielle reconnue ; par ailleurs, 3 personnes ont été placées dans une catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale, 7 ont obtenu une reconnaissance de travailleur handicapé par la COTOREP et 1 a perdu son emploi à la suite de son accident.

Des effets négatifs majeurs sur la vie professionnelle ont donc été observés pour un peu plus d'une personne accidentée sur 10. Après l'accident, toutes ces conséquences induisent une qualité de vie moins bonne. Nous avons constaté, par rapport à la population générale, que la qualité de vie de la population d'accidentés (âge et sexes confondus) était d'autant moins bonne que l'âge était plus élevé.

**Nous remercions les étudiants de l'IUP "Management sanitaire et social" pour leur participation à l'enquête au 1er trimestre 2004 et Mademoiselle Aurélie DAVID, ergothérapeute, pour sa participation à l'enquête en mars 2005**

Ce bulletin est diffusé grâce aux organismes suivant :



Cette étude a été financée par :



Direction Régionale des  
Affaires Sanitaires et  
Sociales de Basse-Normandie

**Directeur de la publication**  
Pr Dominique Beynier, Président  
**Président du conseil scientifique**  
Pr Xavier Le Coutour  
**Réalisation**  
I. Grimbert, A. Collignon  
**Impression**  
Imprimerie ALFA B  
14000 Caen  
Tél. : 02.31.93.24.23  
(tirage à 5 000 exemplaires)

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site internet de l'ORS : <http://www.orsbn.org>