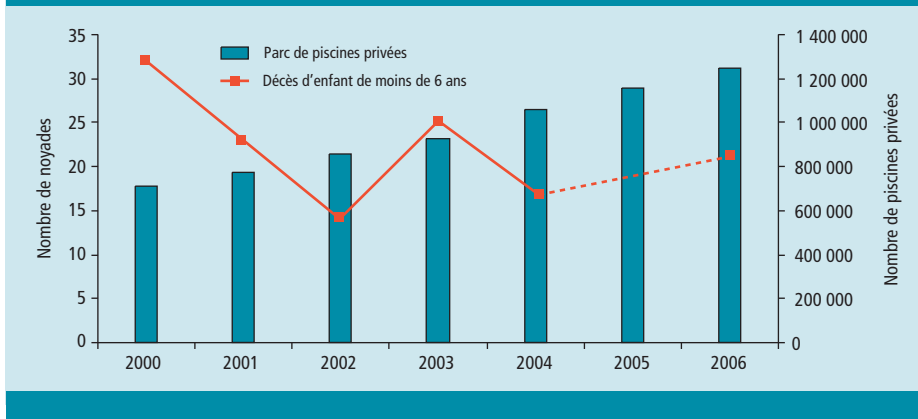


Figure 3 Nombre de noyades suivies de décès d'enfants de moins de 6 ans en piscine privée, et nombre de piscines privées, France, années 2000 à 2006 / Figure 3 Number of drownings followed by deaths of children under 6 years of age in private swimming pools and number of private swimming pools, France, 2000-2006



au cas par cas des 38 noyades d'enfants de moins de 6 ans en piscine privée plaide plutôt en faveur d'une certaine efficacité de ces dispositifs de sécurité [3]. Les abords des cours d'eau et des plans d'eau devraient être davantage sécurisés afin d'éviter que les promeneurs ne puissent y tomber accidentellement. Le respect des interdictions de baignade est impératif, et il est recommandé de

se baigner sur des lieux de baignade surveillés. On retrouve fréquemment un problème de santé, notamment au-delà de 45 ans. Des conseils de prudence conformes au bon sens (ne pas surestimer ses capacités, entrer doucement dans l'eau, etc.) doivent être répétés, comme l'indispensable obligation de s'informer sur l'état de la mer et sur la présence de courants.

Références

- [1] World Health Organization. Guidelines for safe recreational-water environments. Vol. 2: Swimming pools, spas and similar recreational-water environments. Chapter 2: Drowning, injuries and pool safety management. Genève: OMS, 2000.
- [2] Ermanel C, Thélot B, Jouglu E, Pavillon G. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2004. Bull Epidemiol Hebd. 2007; 37-38:318-22.
- [3] Thélot B, Marant C, Bonaldi C, Bourdeau I. Surveillance épidémiologique des noyades. Enquête NOYADES 2006. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, janvier 2008; 48 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr/publications/2008/noyades_130208/index.html.
- [4] Étude de marché des professionnels de la piscine, disponible sur : www.propiscines.fr/indexb.html.
- [5] Dossier de presse du 14 juin 2006 : « Pour un été en sécurité », dont « La prévention et protection contre les noyades accidentelles ». Disponible sur www.inpes.sante.fr (Espace presse).
- [6] World Health Organization. Guidelines for safe recreational-water environments. Vol 1: Coastal and fresh waters. Genève: OMS, 2003.
- [7] Loi n° 2003-9 relative à la sécurité des piscines. JO n° 3 du 4 janvier 2003, p. 278. Décret n° 2003-1389 du 31 décembre 2003 relatif à la sécurité des piscines et modifiant le code de la construction et de l'habitation. JO n° 1 du 1^{er} janvier 2004, p. 89. Décret n° 2004-499 du 7 juin 2004 modifiant le décret n° 2003-1389 du 31 décembre 2003 relatif à la sécurité des piscines et modifiant le code de la construction et de l'habitation. JO du 8 juin 2004 et JO du 12 juin 2004.

Les défenestrations accidentelles d'enfants dans trois régions de France en 2006

Annabel Rigou (a.rigou@invs.sante.fr)¹, Philippe Meyer², Bertrand Thélot¹

1 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2 / Hôpital Necker-Enfants malades, Paris, France

Résumé / Abstract

Introduction – Les « chutes accidentelles de grande hauteur » ou « défenestrations accidentelles » constituent un problème de santé publique ancien commun aux pays développés, principalement lié à l'habitat de grande hauteur.

Méthode – Une enquête exhaustive sur les chutes accidentelles d'enfants de moins de 15 ans a été menée du 15 mars au 15 octobre 2006 en Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Le recueil des données a été assuré par les équipes d'intervention et les personnels hospitaliers médicaux et paramédicaux.

Résultats – On a recensé 106 défenestrations accidentelles dans les trois régions. Il s'agissait surtout d'enfants de moins de 6 ans (62 %), majoritairement des garçons (71 %). Un meuble a permis d'accéder à l'ouvrant dans 32 % des cas et un enfant sur quatre a escaladé le garde-corps ou l'ouverture. Dans un tiers des cas l'enfant a chuté alors qu'une autre personne se trouvait dans la même pièce. En Ile-de-France, près de la moitié des familles était d'origine extra-européenne. Dix enfants (9 %) sont décédés, 19 enfants (18 %) ont gardé un handicap, dont 7 un handicap sévère.

Discussion – Le risque de chute par défaut de surveillance doit continuer à faire l'objet de campagnes de prévention adaptées. Il faut également entreprendre la révision des textes réglementant la construction des garde-corps et les systèmes d'ouverture des fenêtres.

Paediatric accidental falls from heights in three regions in France, 2006

Introduction – "Accidental falls from heights" or "accidental defenestrations" represent a longstanding public health problem in developed countries, mainly linked to high-rise housing.

Method – An exhaustive survey was conducted among children under 15 years of age, victims of accidental falls from heights, from 15 March to 15 October 2006 in three regions: Île-de-France (Paris area), Nord-Pas-de-Calais and Provence-Alpes-Côte-d'Azur. The data was exhaustively collected by investigating teams and medical and paramedical hospital staff.

Results – A total of 106 cases of accidental falls from heights were recorded. Most victims were children under 6 years-old (62%), mostly males (71%). In 32% of cases, the child used an item of furniture to reach the opening and one child out of four climbed onto the guardrail or the opening. In one third of cases, the child fell while there was another person in the room. In Île-de-France, nearly half of the children families were of non-European origin. Ten children (9%) died, and 19 children (18%) suffered sequelae, which were serious in 7 cases.

Discussion – Prevention campaigns should continue focusing on the risk of children falling when not being watched. It is also necessary to review the regulations concerning construction of guardrails and window-opening mechanisms.

Mots clés / Key words

Accident, chute, habitat, enfant, épidémiologie, prévention / Injury, fall, building, child, epidemiology, prevention

Introduction

Les « chutes accidentelles de grande hauteur » sont souvent appelées par simplification « défenestrations accidentelles » ; elles constituent un problème de santé publique ancien commun aux pays développés, principalement lié à l'habitat de grande hauteur [1,2]. Plusieurs articles parus dans la presse au printemps 2004, évoquant un nombre important de défenestrations accidentelles chez les jeunes enfants en France, ont amené l'Institut de veille sanitaire (InVS), en collaboration avec l'hôpital Necker-Enfants malades, à mettre en place des enquêtes sur ces accidents. La première enquête réalisée en 2005 a permis de rendre compte du nombre, des circonstances de survenue et des facteurs de gravité des défenestrations accidentelles d'enfants en Ile-de-France [3,4]. Une deuxième enquête a été réalisée en 2006 [5] en Ile-de-France, ainsi que dans le Nord-Pas-de-Calais et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, pour consolider et confirmer les résultats précédents. Cet article présente les principaux résultats de l'enquête réalisée en 2006.

Méthode

L'enquête « Défenestrations 2006 » a été menée dans trois régions : Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Elle a recensé toutes les défenestrations accidentelles survenues dans ces trois régions, chez les enfants de moins de 15 ans, entre le 15 mars et le 15 octobre 2006. Les données ont été collectées sur trois fiches :

- **La fiche « intervention »** renseignait les circonstances de survenue et l'environnement de la défenestration, le type d'habitat, la hauteur de chute, les personnes présentes avec l'enfant au moment de l'accident. Cette fiche devait être remplie le jour même de l'accident par l'équipe de secours appelée sur les lieux de l'accident.

- **La fiche « clinique »** était remplie par les soignants pour tout enfant non décédé sur place, précisant son état clinique à l'admission à l'hôpital. Cette fiche permettait de détailler les lésions et la gravité mesurée selon différents scores : *Glasgow Coma Score*, *Paediatric Trauma Score* (PTS), *Injury Severity Score* (ISS). Elle a été complétée par le devenir de l'enfant dans les jours 30 jours suivant l'accident : vivant sans séquelle, atteint d'un handicap modéré, atteint d'un handicap sévère, en état végétatif ou décédé.

- **La fiche « sociale »** était remplie par les assistantes sociales et les psychologues auprès de la victime ou de ses proches à l'hôpital. Elle comportait des données sur l'environnement sociodémographique de l'enfant et de sa famille (dont la région de naissance des parents), et certains éléments recouvrant ceux de la fiche intervention (hauteur de chute, etc.).

Les questionnaires ont été diffusés à tous les Samu-Smur, aux pompiers, aux services hospitaliers d'urgence, de réanimation, de chirurgie traumatologique pédiatrique et adulte. Chacun de ces services ou groupe de secours comportait un référent pour l'enquête. Des relances systématiques ont été faites auprès de ces correspondants. Des contacts ont aussi été pris auprès des organismes susceptibles d'avoir connaissance de défenestrations

(morgues, mairies) et la presse régionale a été examinée pour repérer d'éventuels cas de défenestrations qui n'auraient fait l'objet d'aucun signalement. L'enquête a inclus tous les cas de défenestration, quelle que soit leur prise en charge, hospitalière ou non, y compris les enfants décédés sur place, pendant le transport ou à l'hôpital. N'ont été retenues pour l'analyse que les défenestrations accidentelles ; les chutes non accidentelles (agressions, suicides) ont été exclues. Toute chute d'une hauteur environ égale à 3 m (conventionnellement assimilée à un étage), ou davantage, a été incluse, c'est-à-dire toutes les chutes par un ouvrant (fenêtre, velux, balcon, etc.) et de tous supports tels que toit, verrière, dôme, grange, etc. Les chutes de moins de 3 m ont été incluses lorsqu'elles ont entraîné un recours aux urgences. Les chutes dans les escaliers et d'un arbre ont été exclues.

Le traitement des données, effectué sur SAS® et SPSS®, a consisté en des analyses descriptives univariées et multivariées par régression logistique. Le seuil de significativité de 5 % a été retenu. Les résultats sont présentés globalement pour l'ensemble de l'enquête (trois régions confondues) et par région

sous forme d'un tableau synoptique. Des taux d'incidence ont été calculés sur les sept mois de l'enquête. Pour réaliser les analyses multivariées, il était nécessaire de disposer d'effectifs suffisants : le choix a été fait de traiter ensemble les données collectées en Ile-de-France lors des deux enquêtes 2005 et 2006.

Résultats

Épidémiologie des défenestrations accidentelles sur les trois régions

Entre le 15 mars et le 15 octobre 2006, 106 enfants de moins de 15 ans ont été victimes d'une chute accidentelle de grande hauteur : 64 en Ile-de-France, 24 en Nord-Pas-de-Calais et 18 en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, correspondant à des taux d'incidence respectifs de 2,8, 2,9 et 1,9 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, non significativement différents ($p=0,65$) (tableau). La répartition géographique des chutes par département a été représentée pour l'Ile-de-France (figure 1) : les taux pour 100 000 résidents de moins de 15 ans y étaient compris entre 1,3 dans les Hauts-de-Seine et 6,2 en Seine-Saint-Denis ($p<0,05$).

Tableau Résultats de l'enquête « Défenestrations 2006 » sur les trois régions françaises Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte-d'Azur / Table Results of the "Défenestrations 2006" survey in three regions of France: Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais and Provence-Alpes-Côte-d'Azur

Caractéristiques	Ile-de-France (n=64)	Nord-Pas-de-Calais (n=24)	Provence-Alpes-Côte-d'Azur (n=18)
Taux d'incidence (pour 100 000)	2,8	2,9	1,9
Sexe (%)			
Garçons	59	87	89
Filles	41	13	11
Âge médian (ans)	4	5	7
Âge min - âge max (ans)	1-14	1-13	1-14
Type de logement (%)			
Maison	7	30	–
Appartement	33	30	60
HLM	51	40	40
Autres (hôtel, caravane, squat)	9	–	–
% non renseignés	33	58	72
Type d'ouverture (%)			
Fenêtre	65	56	44
Balcon	25	9	17
Autres (porte-fenêtre, toit, verrière)	10	35	39
% non renseignés	11	29	0
Accès à l'ouvrant (%)			
Meuble	42	18	15
Escalade	22	12	31
S'est penché	20	34	8
Autre (barreaux cassés, toit)	16	36	46
% non renseignés	30	29	28
Région de naissance des parents (%)			
Européenne	27	60	50
Extra européenne	73	40	50
% non renseignés	36	58	78
Hauteur moyenne (mètres)	8,1	5,8	4,4
Hauteur maximale (étages)	16	6	4
Surveillance de l'enfant (%)			
Enfant seul	7	11	12
Enfant non seul	93	89	88
Avec adulte	86	nr*	nr*
Avec enfants (<16 ans)	14	nr*	nr*
% non renseignés	8	21	17
Devenir à 30 jours (%)			
Décès	11	12	–
Handicap	17	21	23
Sans séquelle	72	67	77
% non renseignés	0	0	28

* nr : non renseigné.

NB : ces résultats reposent sur l'hypothèse que les données manquantes se répartissent de manière aléatoire dans les différentes catégories.

Les enfants accidentés étaient âgés de 10 mois à 14 ans (figure 2). Il s'agissait surtout d'enfants de moins de 6 ans (62 %), majoritairement des garçons (71 %). La moitié des chutes a eu lieu autour de l'heure des repas, également réparties entre l'heure du déjeuner (de 11 h à 14 h) et l'heure du dîner (de 18 h à 21 h).

Dans 46 % des cas (39/85 renseignés), la chute a eu lieu alors que l'ouverture disposait d'une protection : il s'agissait de 22 fenêtres, 12 balcons et de 5 autres types d'ouverture (toit, dôme, portes-fenêtres). Dans 54 % des cas (46/85), l'ouvrant ne disposait pas de protection : il s'agissait de 26 fenêtres, 4 balcons et 16 autres types d'ouverture. Un meuble était situé sous l'ouvrant ou a été déplacé par l'enfant dans 32 % des cas (24/75 renseignés). Dans plus d'un cas sur cinq (16/75 renseignés), l'enfant a escaladé le garde-corps protecteur ou l'ouverture avant de tomber. L'origine des familles d'enfants accidentés n'a été que très partiellement renseignée en Nord-Pas-de-Calais et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur. En Ile-de-France, où elle a été renseignée dans les deux tiers des cas (41/64), elle était répartie comme suit : 11/64 d'origine européenne, 30/64 d'origine extra-européenne dont 20/64 d'Afrique subsaharienne.

Au moins une personne était présente dans le logement au moment de l'accident dans 92 % des cas (88/96 renseignés). En Ile-de-France, où ce pourcentage était de 93 % (56/60 renseignés), l'enquête a montré que deux fois sur trois (38/56) la personne qui était présente se trouvait dans une autre pièce au moment de l'accident ; autrement dit, dans un tiers des cas (18/56) l'enfant est tombé alors qu'une personne était dans la même pièce. Dans les trois régions, une fois sur six (15/88) l'accident est survenu alors que la surveillance était exercée par un enfant de moins de 16 ans. Les huit enfants qui étaient seuls dans le logement au moment de la chute étaient âgés de 2, 5, 6, 7, 11, 12 et 14 ans.

Les hauteurs moyennes des 106 chutes étaient significativement différentes selon les régions ($p < 0,05$) : plus élevée en Ile-de-France (8,1 m) qu'en Nord-Pas-de-Calais (5,8 m) et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (4,4 m). Toutes régions confondues, la grande majorité des chutes (85 %) est survenue entre le 1^{er} et le 3^e étage. Dans plus de deux tiers des cas (70 %), les enfants sont tombés sur une surface dure (béton, carrelage, balustrade, etc.) dénommée « béton » par la suite, et dans 30 % des cas sur une surface « molle » (pelouse, arbre, sable, etc.) dénommée « pelouse » par la suite.

Sur ces 106 accidents, 10 enfants (9 %) sont décédés de leurs blessures : 7 enfants en Ile-de-France et 3 enfants en Nord-Pas-de-Calais. Dix-neuf enfants (18 %) présentaient un handicap 30 jours après l'accident : 11 en Ile-de-France, 5 en Nord-Pas-de-Calais et 3 en Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Parmi les enfants avec handicap, 7 présentaient un handicap sévère : 4 en Ile-de-France et 3 en Nord-Pas-de-Calais. Soixante-douze enfants (68 %) n'avaient pas de séquelle : 46 en Ile-de-France, 16 en Nord-Pas-de-Calais et 10 en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (le devenir de 5 enfants en Provence-Alpes-Côte-d'Azur n'a pas été renseigné).

Facteurs de gravité en Ile-de-France (selon les enquêtes 2005 et 2006 : n=131)

Il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre le type de sol et la gravité des lésions mesurée par les trois scores Glasgow, PTS, ISS. Cependant on a établi un lien entre la hauteur de la chute et le type de sol ($p < 0,05$) : le sol de réception était plus souvent du béton dans le cas des chutes de hauteur moins élevée. Ainsi, parmi les chutes de moins de 2 étages (53 % du total), le type de sol était du béton dans 80 % des cas alors que parmi les chutes de plus de 2 étages, le type de sol était du béton dans 53 % des cas. Après ajustement sur la hauteur de la chute, il n'est pas apparu de lien significatif entre le type de sol et la gravité des lésions.

Ajustées sur l'âge, le sexe et le type de sol, les atteintes abdominales, thoraciques et à la tête étaient plus souvent associées aux chutes de plus de 2 étages ($p < 0,05$). Les enfants tombés de plus de 2 étages avaient près de 6 fois plus de risque de présenter des atteintes abdominales que les enfants tombés de moins de 2 étages ($OR_{ajusté} = 5,9$, IC 95 % = [2,2 ; 15,0]), près de 10 fois plus de risque d'atteintes thoraciques ($OR_{ajusté} = 9,5$, IC 95 % = [3,6 ; 25,0]) et près de 3 fois plus de risque d'atteintes à la tête ($OR_{ajusté} = 2,7$, IC 95 % = [1,03 ; 6,9]). Ajustées sur l'âge, le sexe et la hauteur de la chute, les atteintes à la tête étaient 5 fois plus fréquentes chez les enfants tombés sur de la pelouse ($OR_{ajusté} = 5,0$, IC 95 % = [1,7 ; 14,0]).

Le lien entre l'âge de l'enfant et la gravité des traumatismes a pu être mis en évidence pour les scores Glasgow et PTS. Un état neurologique plus grave était plus souvent observé chez les enfants de moins de 4 ans ($p < 0,05$). Ce lien restait significatif après ajustement sur le type de sol et le nombre d'étages. Les lésions orthopédiques concernaient plus fréquemment des enfants plus âgés (médiane de 5 ans vs 3 ans, $p < 0,05$). Les plus jeunes avaient davantage de lésions à la tête (médiane de 3 ans vs 5 ans, $p < 0,05$).

Discussion

Cette enquête a fourni un descriptif du nombre et des caractéristiques des chutes accidentelles de grande hauteur d'enfants dans trois régions françaises : Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Nord-Pas-de-Calais. Les procédures mises en œuvre décrites dans les méthodes : large diffusion, relances systématiques, contacts avec les correspondants, consultation de la presse, ainsi que l'importante communication médiatique autour de ces accidents et de l'enquête (la deuxième de ce type en Ile-de-France), ont permis, autant qu'il était possible, de rendre l'en-

Figure 1 Taux d'incidence et nombre (n) de chutes accidentelles de grande hauteur chez les enfants de moins de 15 ans en Ile-de-France (France) du 15 mars au 15 octobre 2006 (n=64) | Figure 1 Incidence rates and absolute numbers (n) of accidental falls from heights among children under 15 of age in Ile-de-France region (France), 15 March to 15 October 2006 (n=64)

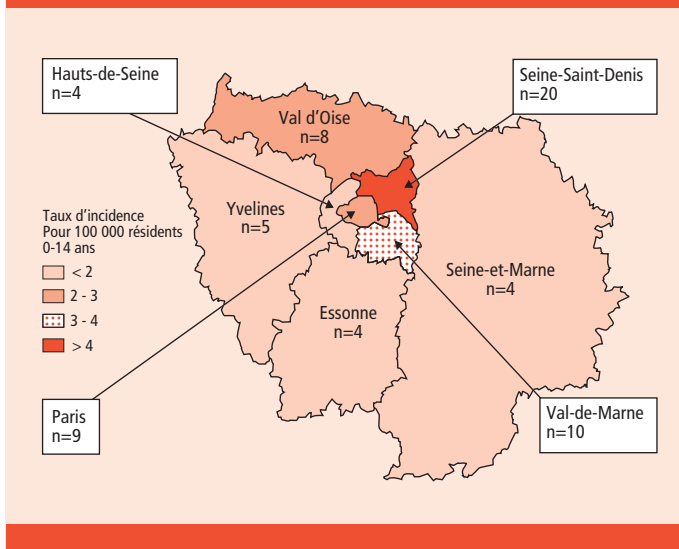
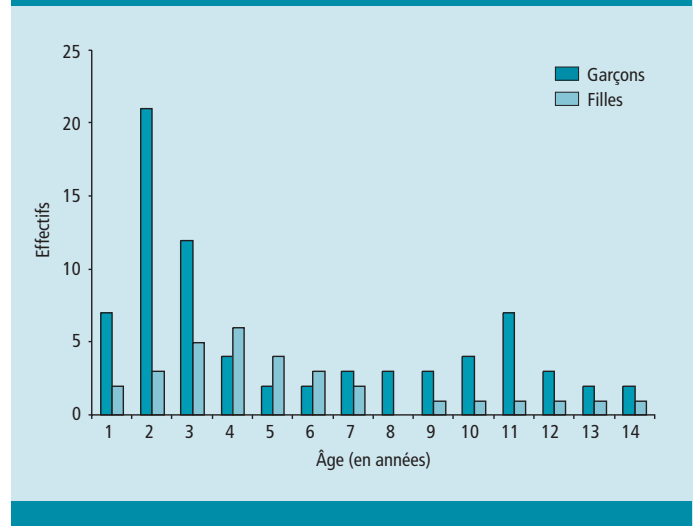


Figure 2 Répartition des enfants victimes d'une défenestration accidentelle selon l'âge et le sexe, du 15 mars au 15 octobre 2006, en Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte-d'Azur (n=106), France | Figure 2 Distribution of paediatric accidental falls from heights according to age and gender, from 15 March to 15 October 2006, in Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais and Provence-Alpes-Côte-d'Azur regions (n=106), France



quête exhaustive. On ne peut exclure totalement qu'une chute très particulière ait pu échapper à l'enquête, par exemple un enfant parfaitement indemne qui n'aurait pas été conduit dans un centre de soins.

Cette enquête a confirmé que les chutes surviennent souvent chez des enfants très jeunes, plus fréquemment chez les garçons, et que leurs conséquences peuvent être graves : près d'un enfant sur dix décède, et près d'un sur cinq conserve un handicap. Le défaut de surveillance joue un rôle majeur, certaines chutes surviennent alors que l'enfant est seul, d'autres en présence d'un adulte ou d'un autre enfant. La survenue d'accidents dans ces deux dernières situations montre que la présence d'un tiers n'a pu empêcher l'enfant de chuter. Parmi les autres circonstances de défenestration, on retient l'absence de système de fermeture hors de portée des enfants, l'inefficacité des systèmes de protection et des garde-corps. Ces insuffisances rendent l'habitat dangereux pour les enfants compte tenu de leur ingéniosité à grimper ou à déplacer des supports pour atteindre une fenêtre ou un balcon [6-8].

La comparaison des deux enquêtes réalisées en Ile-de-France ne montre pas de différence significative entre 2005 et 2006, tant au niveau des effectifs de chutes que de l'ensemble de leurs caractéristiques. Parmi les 64 défenestrations accidentelles enregistrées entre le 15 mars et le 15 octobre 2006, 53 ont eu lieu entre le 1^{er} mai et le 30 septembre, soit un taux d'incidence sur cinq mois égal à 2,3 pour 100 000. Sur cette même période, on a dénombré 67 chutes en 2005, soit un

taux d'incidence égal à 2,9 pour 100 000. Ces taux d'incidence ne sont pas significativement différents [3,5].

L'ensemble de ces résultats est de même nature que ceux que l'on peut trouver dans la littérature concernant les pays de développement industriel comparable à la France [1,2,9,10]. Ils montrent l'importance de poursuivre la mise en œuvre des recommandations émises ces deux dernières années par la Commission de la sécurité des consommateurs [6], la Direction générale de la santé [7] et le Conseil supérieur d'hygiène publique de France [8]. Il faut poursuivre les actions préventives (initiées en 2005 par la campagne d'affichage de l'Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé [11]), à destination des familles comptant des enfants en bas âge, et notamment des familles d'origine extra-européenne, qui ont représenté la moitié des cas en 2006. Ces campagnes ont montré leur efficacité à l'étranger [12]. Il faut également entreprendre la révision de la hauteur réglementaire des garde-corps de protection au niveau des fenêtres, balcons, terrasses, et des circulations extérieures ou intérieures. Cette hauteur, actuellement fixée à 1 m, devrait être modifiée pour atteindre 1,10 m [6,8]. Ces actions pourraient probablement sauver plusieurs dizaines de vies d'enfants de moins de 15 ans chaque année en France.

Remerciements

A tous les intervenants qui ont participé à la collecte des données, et à Claire Marant, Isabelle Bourdeau et Christophe Bonaldi pour leur participation à la consolidation du fichier et au traitement des données.

Références

- [1] Sieben RL. Falls as childhood accidents: an increasing urban risk. *Pediatrics* 1971; 47(5):886-92
- [2] Bergner L, Mayer S, Harris D. Falls from heights: a childhood epidemic in an urban area. *Am J Publ Health* 1971; 61(1):90-6
- [3] Thélot B, Rigou A, Bonaldi C, Ricard C, Meyer P. Les chutes accidentelles de grande hauteur d'enfants en Ile-de-France entre mai et septembre 2005. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; Hôpital Necker-Enfants Malades, juillet 2006; 28 p.
- [4] Thélot B, Rigou A, Bonaldi C, Ricard C, Meyer P. Epidémiologie des chutes accidentelles de grande hauteur chez les enfants en Ile-de-France entre mai et septembre 2005. *Santé Publique* 2006; 18(4):523-32
- [5] Rigou A, Marant C, Bonaldi C, Bourdeau I, Meyer P, Thélot B. Les chutes accidentelles de grande hauteur d'enfants en Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte-d'Azur : 15 mars-15 octobre 2006. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; Hôpital Necker-Enfants Malades; 2007; 29 p. Disponible sur www.invs.sante.fr/publications/2007/chutes_enfants/index.html
- [6] Commission de la Sécurité des Consommateurs. Avis relatif à la sécurité des fenêtres et des balcons, novembre 2005
- [7] Direction générale de la santé. Prévention des accidents par défenestrations d'enfants. Rapport devant le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, mars 2006
- [8] Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Avis relatif à la prévention des accidents par défenestrations d'enfants, avril 2006
- [9] Mayer L, Meuli M, Lips U. The silent epidemic of falls from buildings: analysis of risk factors. *Pediatr Surg Int*. 2006; 22(9):743-8
- [10] Pressley JC, Barlow B. Child and adolescent injury as a result of falls from buildings and structures. *Inj Prev*. 2005; 11(5):267-73
- [11] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) [en ligne]. Campagnes de prévention des défenestrations accidentelles d'enfants. Disponible sur www.inpes.sante.fr
- [12] Britton JW. Kids can't fly: preventing fall injuries in children. *WMI*. 2005; 104(1):33-6

Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent

Thibaut de Saint Pol (thibaut.desaintpol@sciences-po.org)

Observatoire sociologique du changement, Sciences Po, Paris, France

Résumé / Abstract

En France, la corpulence des femmes comme des hommes a fortement augmenté depuis 1981, avec une accélération depuis les années 1990. Cette évolution concerne aussi bien les jeunes que les plus âgés. Toutefois ce processus n'a pas touché également tous les groupes sociaux. Les différences géographiques se sont renforcées entre le Nord et l'Est, où la prévalence de l'obésité est la plus forte, et l'Ile-de-France et la zone méditerranéenne, où elle est plus faible. De même, l'écart entre les catégories socioprofessionnelles s'est fortement accru : l'obésité augmente beaucoup plus vite depuis 1992 chez les agriculteurs ou les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. Contrairement aux femmes, les hommes les plus pauvres ne sont pas les plus corpulents.

Obesity and social groups in France: inequalities are on the rise

In France, the average body weight of both women and men has increased since 1981, accelerating since the 1990s. Young as well as older populations have felt this trend. Nevertheless, this process has not affected all socioeconomic groups in the same way. Geographical differences have increased between the North and the East, where the prevalence of obesity is higher, and the Ile-de-France and the Mediterranean regions, where it is lower. Likewise, the gap between socio-occupational categories has greatly widened since 1992: obesity has increased much faster in farmers and blue-collar workers than managers and professionals. In contrast to women, poorer men have not demonstrated weight gain on average.

Mots clés / Key words

Obésité, France, inégalités sociales, IMC, enquête santé / Obesity, France, social inequalities, BMI, health survey