

La prévention des accidents

Des approches complémentaires dans les pays francophones

Au Québec et en Europe francophone, des stratégies de prévention des accidents (ou traumatismes) qui diffèrent mais se complètent ont été développées et les échanges d'expertise sont amorcés. Cet article relate les bases de cette collaboration naissante.

Dans plusieurs pays, les traumatismes émergent comme une priorité de santé puisqu'ils constituent une cause importante de mortalité prématurée, de morbidité et de handicaps. Cependant, dans l'histoire de la santé publique, la prévention des maladies chroniques et des accidents est relativement nouvelle, l'expertise de prévention des maladies infectieuses ne s'appliquant pas toujours adéquatement à ces nouveaux problèmes.

Définition des termes

Différents termes sont utilisés pour désigner des concepts similaires. Ainsi, en Europe, le terme « accident » est largement utilisé et signifie l'ensemble du problème à prévenir allant de l'événement ou incident (collision, chute, perte de contrôle...) jusqu'à la blessure (fracture, contusion...). Au Québec, on hésite à utiliser le terme *accident* en raison de la notion de fatalité qui lui est associée et qui d'emblée déjoue toute idée de prévention. Le terme *traumatisme* est préféré et réfère à la fois à la prévention des

événements et des blessures proprement dites.

Derrière ces difficultés étymologiques se cachent des différences de concepts qui vont plus loin. Au Québec, la prévention des traumatismes pratiquée en santé publique inclut aussi bien les traumatismes intentionnels (suicides, homicides) que les traumatismes non intentionnels. Le modèle qui sous-tend les interventions est en effet applicable à tous les traumatismes quelle que soit leur origine (circulation, travail, loisir...) ou les intentions qui les précèdent. La définition largement acceptée d'un traumatisme^{1,2} est celle d'un dommage corporel résultant « d'un transfert d'énergie subit dépassant la capacité du corps humain d'y résister ou de s'y adapter. L'absence soudaine d'énergie vitale peut aussi être à l'origine d'un traumatisme »¹ (par exemple : suffocation, engelures...).

Les approches

Plusieurs cadres théoriques sont employés pour aider à la conceptualisation

du problème dans les pays francophones. De ces modèles émergent des stratégies d'intervention qui sont utilisées dans les actions implantées sur le terrain. Trois cadres sont présentés :

- *La prévention des blessures*

La prévention des blessures est une approche centrée sur les groupes à risque et utilise des méthodes de prévention actives et passives³. Elle est basée sur le modèle développé par Haddon qui décrit dix stratégies qui interviennent à chacune des étapes de l'événement (pré-impact, impact, post-impact) sur chacun des déterminants identifiés (hôte, vecteur de l'énergie, environnement physique et social^{1,2}). Quatre principes de base guident le choix des interventions. Ainsi, l'utilisation de mesures efficaces, passives (qui ne nécessitent pas d'effort de la part des individus), agissant sur plusieurs déterminants ou sur plusieurs phases de l'événement avec un rapport coût-efficacité intéressant devrait être favorisé².

- *La promotion de la santé appliquée à la sécurité*

La promotion de la sécurité est un concept qui émerge de l'application du processus de promotion de la santé au champ des traumatismes. Elle vise à « rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé »³.

Cette approche qui implique toute la

population et non seulement les groupes à risque de traumatismes est mise en application dans les « communautés sûres »⁴. Certaines stratégies telles que le renforcement du potentiel des personnes (connaissances, comportements) ou la création de milieux sécuritaires (environnement physique) sont communes aux approches de promotion de la sécurité et de prévention des blessures.

- *Les cindyniques (sciences du danger)*

Les cindyniques utilisent un cadre théorique fondé sur l'analyse et la gestion du risque. Initialement développé dans l'industrie (nucléaire en particulier), ce modèle est basé sur l'analyse des probabilités et de la gravité des événements et sur les principes de l'analyse systémique. Des déficits d'ordre culturels, organisationnels et managériaux permettent de conceptualiser l'origine des accidents. Par exemple, les déficits dans la communication entre différents niveaux hiérarchiques à l'intérieur d'une usine, la subordination de la sécurité en faveur de la productivité, l'absence de planification des situations de crise sont autant de déficits qui engendrent le danger^{5,6}.

Les bases communes

Toutes ces approches sont fondées sur des principes de base communs dont on distingue les éléments suivants :

Le potentiel de prévention : les traumatismes ne résultent pas de la fatalité. Toutes les approches reconnaissent qu'il est possible de diminuer la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes par une approche préventive.

Le concept de « l'événement » : en plus de la blessure elle-même, on s'intéresse aux circonstances de l'événement l'ayant provoquée. Les « quasi-accidents », ces incidents ne provoquant pas de blessures mais ayant eu le potentiel de causer des dommages, deviennent intéressants afin d'analyser les facteurs de risque et de protection entourant l'apparition d'une blessure.

Les origines multifactorielles de l'événement : l'origine des événements traumatiques est multifactorielle. Le cadre

Le lobbying en prévention des traumatismes : un exemple

Au Québec, on utilise davantage des stratégies pour promouvoir intersectoriellement auprès des décideurs l'adoption de politiques publiques qui favorisent la santé et la sécurité des Canadiens. Le but des interventions de lobbying pour influencer les décideurs consiste souvent à promouvoir des mesures technologiques ou législatives « passives ou semi-passives » qui nécessitent un moindre effort de la part des individus pour se protéger des risques à leur sécurité. C'est ainsi que le réseau de santé publique québécois s'est engagé depuis 1989 dans le débat sur le contrôle des armes à feu au Canada. Puisque la définition d'un problème détermine les décisions qui sont prises pour le régler, les conséquences de l'utilisation des armes à feu ont été définies en termes épidémiologiques (les suicides, les homicides, les « accidents », la violence familiale) pour élargir le débat au-delà du banditisme et de la criminalité. On a ensuite fait appel à un vaste spectre d'experts de divers secteurs de la société canadienne (justice, santé publique, sécurité publique, policiers, armuriers, ingénieurs, parents de victimes, simples citoyens et représentants de la communauté des armes à feu). Enfin, puisque la pratique en santé publique est un exercice essentiellement démocratique, cette expertise a été représentée à la Chambre des Communes, au Sénat, au ministère de la Justice du Canada et dans les médias de 1990 à 1995. Un projet de loi sur le contrôle des armes à feu (C-68) a été récemment déposé par le ministre de la Justice du Canada et adopté à la Chambre des Communes.

Remerciements au Dr Antoine Chapdelaine du Centre de Santé publique de Québec

conceptuel de base est commun à toutes les approches et catégorise les différents facteurs susceptibles d'être en cause lors de l'événement.

L'approche intersectorielle : quelle que soit la démarche, les interventions s'inscrivent dans un contexte intersectoriel qui interpelle des partenaires de différents milieux pour une mise en commun.

La planification des programmes : les interventions qui résultent de l'application des différents concepts s'inscrivent dans une démarche de planification basée sur la connaissance de l'épidémiologie des traumatismes, sur l'implantation d'interventions avec des objectifs précis et sur des évaluations afin d'améliorer les connaissances et l'efficacité à long terme.

L'application des modèles

Chaque modèle est traduit en un ensemble de stratégies préventives. Selon les endroits, l'emphase est mise sur des stratégies différentes.

En Europe, surtout en France, les interventions d'éducation pour la santé auprès des groupes à risque ont été fortement développées (modèle de prévention des blessures). Cette stratégie s'est traduite à travers des actions très originales auprès de populations spécifiques. Par exemple, l'intervention utilisant les coffrets pédagogiques du CFES avec des enfants de 3 et 4 ans a prouvé son efficacité pour modifier les connaissances et les comportements préventifs des enfants, des parents et des enseignants⁷.

Cependant, de plus en plus, les inter-

ventions d'éducation pour la santé sont forgées d'après le modèle de la promotion de la santé appliquée à la sécurité. On utilise alors des stratégies qui s'inspirent de la mobilisation communautaire pour enraceriner les interventions d'éducation dans la population et s'assurer d'une efficacité accrue. Le Réseau Action-Sécurité développé dans les communes de Belgique représente bien cette nouvelle approche⁸.

Au Québec, les stratégies dites passives qui ne nécessitent pas d'effort de la part des individus ont été davantage utilisées. Ainsi, des interventions de *lobbying* pour influencer les décideurs à adopter des politiques publiques saines ont été développées (voir encadré page précédente). Des interventions visant la modification des standards de sécurité des produits et de l'environnement physique utilisant un réseau de partenaires plus diversifié entrent en jeu.

Les lacunes

Certaines lacunes dans la connaissance ou l'intervention sont partagées par tous. L'insuffisance ou l'inadéquation des données de surveillance épidémiologique semble affecter également tous les projets de prévention dans ce domaine. Outre les données sur la mortalité et la morbidité hospitalière communes à tous, l'évaluation de résultats intermédiaires nécessiterait le recueil et l'analyse d'indicateurs nouveaux. Ainsi, une image plus complète des conséquences des traumatismes serait disponible si les coûts directs et indirects et les conséquences psychologiques pouvaient être mesurés. De même, la connaissance des incidents susceptibles d'avoir causé des blessures est limitée puisque les systèmes d'alerte ou d'information ne compilent pas de données sur ce type d'événements.

Bien que la plupart des interventions de terrain soient l'objet d'une évaluation de contenu et de processus, peu d'entre elles sont évaluées pour les résultats. La difficulté d'un suivi à long terme, le manque d'expertise, la coopération souvent difficile entre chercheurs et acteurs de

terrain sont autant de facteurs auxquels tous semblent confrontés.

Finalement, de part et d'autre, les modèles respectifs se butent à des barrières qui semblent incontournables. En dépit de l'information disponible sur les taux de blessures et la distribution des facteurs de risque, la compréhension de la cause réelle des traumatismes et la connaissance des mesures préventives efficaces demeurent partielles. Comment mieux comprendre le processus de changement de comportement pour que les évolutions soient réelles et durables ? Comment intervenir sur les facteurs psychosociaux liés aux événements traumatiques ? Comment intervenir plus efficacement avec des populations socio-économiquement défavorisées pour qui le risque de blessures et de séquelles est plus important ? Comment permettre aux individus de décider de leur santé ? Toutes ces questions sont liées à la définition du rôle propre à la santé publique dans un contexte qui concerne de nombreux partenaires.

Une rencontre autour de la prévention

L'utilisation d'approches nouvelles qui s'inspirent des concepts développés dans d'autres pays pourrait peut-être améliorer l'efficacité de nos interventions respectives.

Au-delà du potentiel de complémentarité des modèles théoriques, il reste à voir si les experts de la prévention des traumatismes spécialisés dans un domaine particulier trouvent un terrain d'échanges fructueux. Une rencontre à cet effet a eu lieu à Paris les 16, 17 et 18 octobre derniers. Ce séminaire de travail organisé sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS Genève), du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en collaboration avec le Réseau de la santé publique et le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips) a réuni 40 experts de la France, de la Suisse, de la Belgique et du Québec⁹. ■

Notes

1. Waller J. A. Injury : Conceptual shifts and preventive implications. *Annual review of public health* 1987 ; 8 : 21-49.
2. Brown B., Massé R. Orientation privilégiée en prévention des traumatismes. Dans : Beaulne G. (sous la direction de), *Les traumatismes au Québec, comprendre pour prévenir*. Québec, QC : Les publications du Québec, 1991 : 10-6.
3. Fortin C. *Définitions des concepts prévention et promotion de la santé et du bien-être, outil de référence*. Québec, QC : direction de la Promotion de la santé et du bien-être, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 1994.
4. First world conference on accident and injury prevention. Manifesto for safe communities, safety, A universal concern and responsibility for all, adopted in Stockholm, 20 septembre 1989. First world conference on accident and injury prevention, organisée par le Karolinska Institute, le Swedish national board of health and welfare, le Centers for disease control (USA) et le European consumer product safety association, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé. Stockholm, 17-20 septembre 1989, 12 p.
5. Kervern G.-Y., Rubise P. *L'archipel du danger, Introduction aux cindyniques*. Paris : Éditions Economica, 1991, 444 p.
6. Dubreuil G.-H. Action distribuée et risque. Dans : *Groupe épistémologique des cindyniques. la fonction sociale de la confiance, action collective et délégation de responsabilité face au risque, synthèse des travaux*. Paris : Institut européen de cindyniques, 1994, 11 p.
7. Baudier F., Marchais M., Ferry B., Bourderont D., Pinochet D., Blum D. *Programme coopératif de prévention des accidents domestiques de l'enfant dans le département du Doubs : Aspects éducatifs et évaluation*. Archives françaises de pédiatrie 1988 ; 45 : 499-503.
8. Bantuelle M. Le réseau actions sécurité. *Éducation Santé* 1992 ; 70 : 2-3.
9. Pour les personnes intéressées, les actes de ce séminaire seront disponibles auprès du CFES.

Dr Nicole Damestoy

Direction de la Santé publique
Régie régionale de Laval, Québec

Dr François Baudier

Délégué général adjoint
Comité français d'éducation pour la santé

Dr Pierre Maurice

Sécurité dans les milieux de vie
Centre de santé publique de Québec