



La sécurité routière : un volet de la politique de santé

Jean-François Mattei
Ministre de la Santé,
de la Famille
et des Personnes
handicapées,
président du HCSP

La lutte contre la violence routière est un des « trois grands chantiers » que le président de la République a décidé d'engager au cours du quinquennat. Le retentissement des traumatismes liés à la circulation routière pour les conducteurs, les passagers et les piétons sur la mortalité, la morbidité et l'incapacité comme l'impact économique des accidents (23 milliards d'euros par an) font de cette question une priorité évidente de santé publique. La France a compté 1,4 million de blessés en dix ans. Aucune famille française n'est épargnée et le retentissement sur l'entourage des victimes est souvent sous-estimé. Toute politique de santé comporte donc nécessairement un volet sur la sécurité routière qui est un chapitre important de la sécurité sanitaire au sens large.

En matière de sécurité routière, il n'y a pas de solution miracle. Ceux qui pensent qu'une seule mesure, technique, éducative ou répressive pourrait régler la question se trompent. C'est toute une panoplie d'outils de prévention et de prise en charge qu'il convient de mettre en œuvre.

Pour le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, l'insécurité routière doit s'inscrire dans une vision sociétale renvoyant à la place de la violence dans notre société. Les phénomènes de violence sont divers (familiaux, professionnels, urbains, hospitaliers...), mais la violence routière en est une des formes. C'est celle dont l'impact de santé publique est le plus fort.

Dans cette perspective, l'implication de mon ministère ne se réduit pas à l'organisation de la prise en charge des victimes et à leur réinsertion. Elle doit également viser les facteurs de risques sanitaires et médicaux, notamment ceux qui relèvent des comportements et de l'état de santé des conducteurs. Elle doit s'appuyer sur une mobilisation du corps médical. Les médecins ont un rôle privilégié dans l'opinion.

Les cibles prioritaires de la prévention sont les jeunes et les personnes âgées. Les jeunes contribuent à 25 % de la mortalité ; certains restent handicapés durant de longues périodes. Les personnes âgées cumulent les facteurs de risques (perception visuelle souvent altérée, malaises fréquents, prises médicamenteuses multiples...) et leur nombre croît. Ainsi, même si leur comportement est généralement plus prudent, elles pèseront de plus en plus lourd dans le risque total.

Pour toutes ces raisons, le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées a le devoir de contribuer à infléchir les chiffres de mortalité, de morbidité et d'incapacité liées aux accidents de la route, en mettant à contribution ses agences sur ce chantier et notamment l'Institut national de la prévention et de l'éducation à la santé (INPES) pour l'éducation sanitaire et l'Institut de veille sanitaire (InVS) pour la surveillance épidémiologique.

Il faut faire bénéficier la violence routière dans la population française des acquis de la lutte contre le

sida. Les méthodes modernes de la communication et de l'éducation sanitaire fondées sur une connaissance approfondie des attitudes et des comportements ont fait la preuve de leur efficacité à les modifier dans un sens favorable à la prévention. Il faut s'en inspirer et cela doit figurer dans les priorités de l'INPES.

Le gouvernement a lancé la préparation d'une **loi de santé publique**. Cette loi permettra de définir les objectifs de santé pour notre pays dans un horizon de cinq ans. Elle définira les priorités de santé publique dans lesquelles la violence routière occupe une place évidente. Pour ces priorités, elle établira un mécanisme de programmation. Déjà, trois régions (Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon et Guadeloupe) se sont dotées de programmes régionaux de santé initiés sur ce thème par leurs conférences régionales de santé. Cela permet d'intégrer les compétences et la confiance dont bénéficient les professionnels de santé au sein des autres acteurs, la police, la justice, les associations, l'éducation, etc.

Cette programmation permettra de mettre en œuvre plusieurs outils importants. Je souhaite en particulier que soient étudiées trois mesures nouvelles.

L'**évaluation de l'aptitude médicale à la conduite** tout au long de la vie et plus particulièrement après 75 ans est nécessaire : un examen d'aptitude médicale à conduire pourrait être effectué, chez un médecin de ville, par l'ensemble des titulaires de permis de conduire.

Le **rôle des médicaments** sur la vigilance et les perceptions neurosensorielles devrait être mieux pris en compte par les usagers et les médecins prescripteurs.

Enfin, il me paraît **nécessaire de rouvrir le débat sur le seuil d'alcoolémie autorisé**. L'alcool constitue l'un des facteurs majeurs d'accidents mortels de la route. En 2001, 31,2 % des accidents mortels sont des accidents avec alcool et 16,6 % des conducteurs ayant eu un accident avaient un taux d'alcoolémie supérieur au taux maximal autorisé. Pire encore, une récente étude portant sur un demi-million d'accidents de la route survenus entre 1995 et 1999 montre qu'une alcoolémie supérieure à 0,5 g/l multiplie par cinquante le risque d'accident mortel les nuits de week-end.

De même, le **cannabis** a des propriétés neuro-comportementales qui justifient une action spécifique vis-à-vis du risque routier, même si cette drogue est globalement illicite. La fréquence de son usage, les situations dans lesquelles elle est consommée, son association avec d'autres produits psycho-actifs créent un risque important pour la conduite. Les moyens de test et de contrôle ne sont pas évidents à appliquer et un effort de recherche-développement est indispensable.

Je voudrais pour conclure souligner qu'on ne peut pas, d'un côté, exiger des pouvoirs publics une application stricte du **principe de précaution** et, d'un autre côté, laisser mettre en danger de façon outrancière sa vie et celle d'autrui sur les routes. ■