


en conséquence souhaitable que soient organisées pour eux des actions spécifiques d'information et de sensibilisation.

Il faut également noter que la taille de l'entreprise, sa culture de prévention des risques professionnels, la mobilisation du CHSCT sont, à l'étape actuelle, des facteurs importants de réussite d'actions de prévention du risque « trajet ».

Conclusion

Sur la base des principes énoncés ci-dessus une charte nationale a été signée en décembre 1999 par le président de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et la déléguée interministérielle à la Sécurité routière. Un Comité de pilotage national, présidé par le directeur des risques professionnels de la Cnamts, a été mis en place par un arrêté conjoint du ministre chargé des Transports et du ministre chargé de la Sécurité sociale, arrêté en date du 29 mars 2001 et publié au JO du 27 avril. Les bases sont ainsi jetées d'une collaboration permanente entre les pouvoirs publics en charge de la sécurité routière et la branche « Accidents du travail » de la Sécurité sociale. D'ores et déjà cette collaboration s'est concrétisée dans les régions par le biais de conventions signées entre les préfetures et les caisses régionales d'assurance maladie. Le Comité de pilotage a publié récemment son deuxième programme d'actions pluriannuel, pour la période 2002-2005. Ce programme vise à « développer des bonnes pratiques de prévention et intégrer le risque routier dans les plans de prévention des risques professionnels, développer la formation professionnelle des salariés-conducteurs, s'appuyer sur les organisations professionnelles pour mettre en place une politique de communication, mobiliser les CHSCT... ».

Bref, l'idée que « conduire est un acte de travail » fait aujourd'hui son chemin. 

**Anne Tursz
Pascale
Gerbouin-Rérolle**
Inserm U 502/
Cermes (Centre de
recherche médecine,
sciences, santé et
société)

L'expérience de la prévention des accidents domestiques : des connaissances applicables aux accidents de la route ?

En France, la reconnaissance des accidents domestiques comme problème prioritaire de santé publique est plus tardive que pour les accidents de la circulation routière. Dix ans environ séparent les deux phénomènes. Les grandes lois fondamentales de sécurité routière (en réponse à un pic de mortalité) datent des années soixante-dix ; c'est au début des années quatre-vingt que s'est faite la prise de conscience de la gravité des accidents domestiques et des carences dans leur prévention, et que toute une série de mesures ont été prises. Le contexte était celui du développement d'un mouvement consumériste français, de transformations politiques ayant conduit notamment à la mise en place, en 1981, d'un grand ministère de la Consommation, et de l'émotion suscitée par la reconnaissance épidémiologique des deux tranches d'âge les plus vulnérables en matière de mortalité par accident domestique : les très jeunes enfants et les personnes âgées. Cette période a donc été marquée par le développement de multiples activités d'information (notamment par le Comité français d'éducation pour la santé et les comités départementaux), de recherche épidémiologique et de réglementation, l'élément central de cette politique de prévention ayant été la promulgation de la loi relative à la sécurité des consommateurs*, instituant notamment une Commission de la sécurité des consommateurs (CSC). Dans les années qui ont suivi, une chute spectaculaire de la mortalité par accidents « non liés à la circulation » a été observée dans la tranche d'âge des enfants de 1 à 4 ans [28], puisque celle-ci a été divisée par deux en 10 ans (taux de 15,4 pour 100 000 enfants de cette tranche d'âge en 1980 et de 7,7 pour 100 000 en 1990). La chute de la mortalité par accident de la circulation, pour la

* Loi n° 83 660 du 21 juillet 1983 relative à la sécurité des consommateurs et modifiant diverses dispositions de la loi du 1^{er} août 1905.

même tranche d'âge, a été beaucoup plus lente (taux de 7,7 en 1970, 5,8 en 1980 et 4,2 en 1990, soit une diminution de 45 % en 20 ans) [28].

Si l'on se réfère à une conceptualisation de la prévention des accidents aussi ancienne que celle du schéma de Haddon [17], rejetant le caractère inéluctable, « imprévisible » des accidents, par une assimilation théorique de ceux-ci à la pathologie infectieuse, il apparaît clairement que les préventions des deux types d'accidents, domestiques et de la route, s'inscrivent dans la même logique : le schéma prend en compte l'environnement (ici la route, là la maison), l'hôte (la victime de l'accident) et le vecteur de l'atteinte (ici la voiture, là une installation électrique...) ; décrit une phase pré-accidentelle (avec ses facteurs de risques de multiples natures) et post-accidentelle, et définit bien les différents niveaux de la prévention (celle des accidents *versus* celle des lésions, notamment).

Les principes généraux de la prévention des accidents

De manière schématique, face au risque d'accident, on peut définir deux grands types de stratégies préventives : la prévention dite « active » et la prévention dite « passive » (figure 1). La prévention active vise à modifier les comportements des personnes face au risque ; elle repose sur l'information et sur l'éducation à la santé et à la sécurité. L'objectif de la prévention passive est la protection des personnes sans qu'elles aient à intervenir pour l'assurer. Cela passe par l'augmentation de la sécurité de l'environnement, la personne se trouvant confrontée à un logement et des objets (jouets, matériel électrique, garde-corps des balcons...) ou des situations (pistes cyclables isolées du trafic automobile...) conçus comme sûrs. Ici, en quelque sorte, on a « gommé » le rôle des comportements, les personnes se trouvant protégées des risques, voire d'elles-mêmes. Ce type de stratégie repose en grande partie sur la normalisation. Des normes de sécurité existent pour de nombreux

objets et produits faisant partie de la vie quotidienne, et certaines sont imposées par une réglementation, comme, par exemple, pour les jouets, les aires de jeux, les installations électriques, ou les chauffe-eau. Mais la mise en place d'un dispositif de sécurité peut relever de la décision du fabricant, comme c'est le cas, en France, pour les médicaments pour lesquels un emballage de sécurité n'est pas obligatoire. Les casques pour cyclistes, les détecteurs de fumée pour l'habitat individuel existent, mais ils ne sont pas obligatoires, et n'ont pas fait, de plus, l'objet de normes françaises. La législation et la réglementation peuvent aussi concerner le domaine des comportements ; c'est particulièrement le cas en sécurité routière, domaine dans lequel on a beaucoup légiféré : limitations de vitesse, contrôle de l'alcoolémie, obligation du port de la ceinture de sécurité, utilisation de dispositifs de retenue pour les enfants (DRE) en voiture, etc.

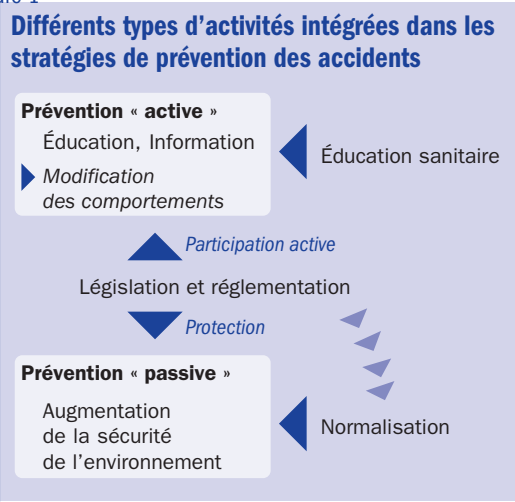
Enfin, il faut rappeler qu'il existe une prévention des accidents et une prévention des dommages corporels, une fois l'accident survenu. Ainsi les limitations de vitesse visent à prévenir à la fois les accidents eux-mêmes et la gravité des blessures en cas de choc. La ceinture de sécurité, le casque, les dispositifs de contention pour les jeunes enfants en voiture visent à prévenir ou limiter les lésions en cas d'accident.

Les expériences de prévention des accidents domestiques ; succès et échecs : l'exemple des enfants

Dans l'ensemble, on a souvent considéré les résultats des campagnes d'information et d'éducation sanitaire comme décevants. Une étude menée à Baltimore aux États-Unis, au début des années soixante-dix, et comparant un groupe de familles soumises à un programme d'éducation sur les risques domestiques et un groupe de familles témoins, a montré qu'à l'issue du programme, on ne relevait aucune différence entre les deux groupes quant au rangement des objets dangereux à la maison [15]. Beaucoup plus récemment, une expérience menée à Boston a retrouvé des résultats comparables [3], une campagne sur les risques domestiques n'ayant été suivie de modifications que pour les actions ne relevant que d'un geste unique (pose d'un cache-prise dans les prises de courant inutilisées, achat de sirop d'Ipéca, installation d'un sticker collé sur le téléphone et comportant les coordonnées du Centre anti-poison le plus proche). En fait, les actions d'information et d'éducation ont de meilleurs résultats dans certaines conditions. Ainsi, on obtient une meilleure efficacité lorsqu'on personnalise le message et qu'on se rend à domicile que lorsque les moyens utilisés sont uniquement des affiches, des fascicules ou les médias [13].

Toutes les études évaluant les systèmes de protection passive sont convergentes pour démontrer leur efficacité, comme l'attestent les innombrables publications relatives aux comparaisons entre États, aux États-Unis, ayant ou non des législations sur la température de l'eau

figure 1



chaude à la sortie des robinets (prévention primaire des brûlures) ou sur les conditionnements de sécurité des médicaments. Ainsi, en Grande-Bretagne, l'introduction, en 1975, du « Child resistant packaging Act » a été suivie d'une quasi-disparition des intoxications à l'aspirine du jeune enfant [14].

La littérature scientifique issue des pays anglo-saxons a depuis longtemps démontré que, globalement, une action unique de prévention est plus efficace que des gestes préventifs devant être répétés fréquemment (mesure d'une faible acceptabilité), et qu'une modification de nature technique de l'environnement a plus d'impact qu'une action visant à modifier un comportement [4]. Ainsi, si l'on applique ce raisonnement au domaine des intoxications médicamenteuses de l'enfant par exemple, on constate qu'il est plus efficace de disposer uniquement de médicaments sous conditionnement de sécurité que de devoir les ranger dans une armoire fermée à clé, parfois plusieurs fois par jour (figure 2).

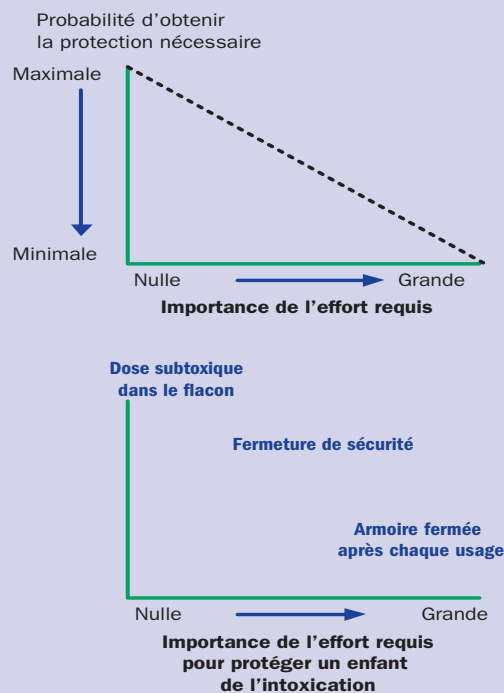
Toutefois, la protection passive a ses limites et le risque zéro est un leurre. Un environnement domestique sans aucun risque n'existe pas et n'est d'ailleurs probablement pas souhaitable. Une telle situation entraînerait la « déresponsabilisation » des familles, et une incapacité des enfants à maîtriser les périls de la vie quotidienne, qui existeront toujours, de nouveaux risques apparaissant sans cesse. L'objectif n'est donc pas d'éradiquer le risque, mais de le limiter et de le rendre acceptable. Il faut aussi noter que, dans bien des cas, l'efficacité des normes et des lois et réglementations suppose la participation active des individus, et les comportements sont donc ici impliqués, notamment les comportements d'achat des familles (choix des produits et objets sûrs). Il semble donc raisonnable de proposer d'associer les démarches active et passive de prévention, d'autant qu'un des rôles de l'éducation peut être de promouvoir les normes de sécurité et le respect des réglementations. Soulignons néanmoins ici que la sécurité domestique a, en France, un coût financier élevé, et que ce sont donc les familles les plus défavorisées sur le plan économique qui bénéficient le moins des normes de sécurité, comme c'est le cas par exemple lors d'achats de jouets importés très bon marché, les jouets français équivalents (aux normes très strictes et réglementaires) étant beaucoup trop coûteux pour certaines familles.

L'efficacité de l'association de l'éducation à la sécurité et de la création d'un environnement sûr est à la base de l'expérience des « Safe communities », initialement développée en Suède dans les années quatre-vingt, avec l'appui de l'OMS. Celles-ci sont régies par quelques grands principes, dont la mise en place initiale d'un registre des accidents, avant toute intervention, puis le monitoring permanent ; la prise en compte de tous les types d'accidents ; l'évaluation des actions [26].

La carence en évaluation est l'un des traits marquants de la prévention des accidents domestiques en France. Malgré quelques expériences ponctuelles

figure 2

L'efficacité des différents types de stratégies préventives (l'exemple des intoxications de l'enfant)



Source : Baker [4].

de programmes évalués dans les années quatre-vingt, notamment dans le Doubs [5] et à Chambéry [20], il est ainsi intéressant de noter qu'aucune publication ne cherche à quels facteurs précis attribuer la considérable diminution des taux de mortalité par accident domestique chez les jeunes enfants, au niveau national, dans les années quatre-vingt à quatre-vingt-dix. Compte tenu de la véritable floraison d'actions lancées à cette époque et de leur absence de ciblage, il est vraisemblable qu'on puisse en tous cas invoquer une réelle prise de conscience d'un problème jusque-là méconnu.

Ces expériences sont-elles applicables aux accidents de la route ?

Avant toute réflexion en ce sens, quelques comparaisons entre les deux domaines sont nécessaires. Si l'on se réfère à nouveau au schéma de Haddon, il faut noter que, dans le cas des accidents de la route, le « vecteur » (la voiture, le camion...) est d'une extrême dangerosité, par sa puissance, sa vitesse, son poids... En revanche, l'exposition au risque est plus importante pour les accidents domestiques (on passe habituellement plus de temps chez soi qu'en voiture, surtout à certains âges) d'où l'accent mis, dans ce domaine, sur les normes à la construction des logements, réglementaires depuis un demi-siècle environ. Mais l'accident domestique a lieu dans la sphère privée et concerne le plus souvent

des individus, la responsabilité vis-à-vis de toute une collectivité étant moins souvent engagée que dans le cas des comportements dangereux dans la circulation routière (alcool au volant et excès de vitesse, notamment). De ce fait et du fait aussi de la gravité et de la létalité des accidents de la circulation, la notion de risque « acceptable » est plus discutable dans le domaine routier.

Que déduire néanmoins des expériences de prévention des accidents domestiques ? La plus grande efficacité des messages d'éducation et d'information lorsqu'ils sont personnalisés et contextualisés ne peut être que transposable, et, en ce qui concerne la prévention des accidents d'enfants piétons, la réalisation de programmes éducatifs en situation réelle, notamment pour l'apprentissage de la traversée des rues, est de fait efficace [27]. Des expériences, comme celles actuellement menées en France, de démonstrations pratiques « sur le terrain » (notamment quant à l'importance de l'impact des collisions, même à faible vitesse, et du rôle de la ceinture) vont sans doute dans le bon sens.

Créer un environnement sûr, dans le domaine routier, concerne les infrastructures routières, les dispositifs de sécurité (ceinture, DRE, casques...), les véhicules eux-mêmes. Une réglementation concernant le port du casque pour cycliste est un exemple typique de ce qui mérite d'être promu, l'est depuis plusieurs années dans d'autres pays, et reste négligé en France, malgré des évaluations (en Australie notamment) montrant d'une part l'efficacité de ce type de dispositif en termes de diminution des lésions graves du crâne en cas d'accident, d'autre part l'augmentation de son taux d'utilisation lorsqu'il est imposé par une loi [25].

Un des points clés en matière de sécurité routière reste bien sûr la dangerosité ou non de la voiture elle-même, et donc sa puissance et sa vitesse potentielles. De même que, dans le domaine domestique, on est

capable de rendre impossible les électrocutions par une réglementation très stricte des installations électriques (différentiels à haute sensibilité, par exemple), de même on pourrait considérablement diminuer la létalité des accidents de la route par le contrôle des moteurs.

S'il est difficile de faire respecter, par les usagers, les réglementations dans la sphère privée que représente l'habitation (on peut contrôler les constructeurs, pas les achats des usagers), il est plus aisé de faire appliquer la loi en matière de sécurité routière, et les procédures sont plus rapides (par opposition à la lenteur d'action imposée à la CSC, par exemple). Encore faut-il que cela soit fait de manière globale et cohérente et que soient remis en cause non seulement les usagers de la route mais aussi ceux qui sont chargés de l'application de la loi (pourquoi sanctionner l'excès de vitesse, mais ne pas verbaliser une famille laissant son enfant en position dangereuse en voiture par exemple ?).

Enfin, dans le domaine de la sécurité routière comme dans celui des accidents domestiques, les carences en évaluation sont criantes. Des actions sont entreprises : sur quelles bases ? Elles sont poursuivies ou abandonnées : sur quelles bases ? Que sait-on de l'efficacité des stratégies fondées sur la peur ? A-t-on comparé l'efficacité (et la dangerosité) des divers dispositifs construits pour réduire la vitesse (dos-d'âne, chicanes...) ?

Conclusion

Le principal intérêt de la comparaison des deux types d'accidents et de leur prévention réside en fait surtout dans ce que cette comparaison représente comme tentative pour décroiser des « territoires » et créer une « culture de la sécurité » chez des usagers qui, prêts à comprendre leur intérêt en matière de protection individuelle dans leur maison, pourraient être mieux amenés à comprendre leur responsabilité collective sur la route. 