

**Prévenir
les maladies
cardio-vasculaires**

**Santé et recours aux
soins des étudiants
affiliés à la Smerep**

**100 ans d'une
histoire des médecins
inspecteurs de santé
publique**

**Loi de programmation
en santé publique :
contribution du HCSP**

Accidents de la route

**des handicaps et
des décès évitables**

dossier





Haut Comité de la
Santé Publique

Ministère de la Santé, de la Famille
et des Personnes handicapées

Haut Comité de la santé publique

8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP

Télécopie : 01 40 56 79 49

hcsp.ensp.fr

hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

Président

Jean-François Mattei,
ministre de la Santé, de la Famille
et des Personnes handicapées

Vice-Président

Roland Sambuc

Rapporteur général

Anne Tallec

Membres

Lucien Abenhaim
Maryvonne Bitaud-Thépaut
Jean-François Bloch-Lainé
François Bonnaud
Dominique Libault
Christian Bréchet
Yves Charpak
Pascal Chevit
Jean-Pierre Claveranne
Alain Coulomb
Édouard Couty
Jean-François Dodet
Isabelle Durand-Zaleski
Isabelle Ferrand
Francis Giraud
Odette Grzegzalka
Pierre Guillet
Jacques Lebas
Daniel Lenoir
René Roué †
Roland Sambuc
Simone Sandier
Anne Tallec
Denis Zmirou

Secrétaire général

Lucien Abenhaim,
directeur général de la Santé

Secrétaire général adjoint

Geneviève Guérin

HCSP publications

Nouvelles publications



La santé en France 2002

Paris : La Documentation française,
2-11-005112-4, 412 p., 20,00 euros.
Diffusion La Documentation française
et en librairie.

La santé des Français, 3^e bilan

Paris : La Découverte, collection Repères,
2-7071-3590-9, 128 p., 7,95 euros.
En vente en librairie.

Infections virales aiguës, importées, hautement contagieuses, et leur prise en charge

Rennes : Éditions ENSP, ISBN : 2-85952-811-3,
19,00 euros.
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Collection Avis et rapports

Le panier de biens et services de santé

Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-628-5, 75 p., 120 F, 18,29 euros.
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes

Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-619-6, 116 p., 120 F, 18,29 euros.
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé

Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-638-2, 280 p., 170 F, 25,92 euros.
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France

Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-629-3, 275 p., 170 F, 25,92 euros.
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

La revue adsp

adsp est consultable sur hcsp.ensp.fr (en plein texte pour les numéros 1 à 23 et 26 à 31, en extraits pour les autres). Les numéros 1 à 23 sont disponibles (pour les numéros non épuisés) auprès du HCSP, les autres (sauf les n^{os} 26 et 31 épuisés) sont en vente à La Documentation française (voir 3^e page de couverture).

Derniers numéros parus :

septembre 2000, n^o 32, dossier : Les médecins aujourd'hui en France.
décembre 2000, n^o 33, dossier : Organisation, décision et financement du système de soins.
mars 2001, n^o 34, dossier : Médecine prédictive : mythe et réalité.
juin 2001, n^o 35, dossier : Accréditation et qualité des soins hospitaliers.
septembre 2001, n^o 36, dossier : Droit des malades, information et responsabilité.
décembre 2001, n^o 37, dossier : Les agences dans le système de santé : un nouveau paysage institutionnel ?
mars 2002, n^o 38, dossier : Les infections liées aux soins.
juin 2002, n^o 39, dossier : L'innovation en santé
septembre 2002, n^o 40, dossier : Le sida 20 ans après

La Documentation française

29-31, quai Voltaire
75344 Paris Cedex 07
Téléphone : 01 40 15 70 00
Téléphone : 01 40 15 68 00
www.ladocumentationfrancaise.fr

Éditions ENSP

Avenue du P^r Léon-Bernard
35043 Rennes Cedex
Téléphone : 02 99 54 90 98
Télécopie : 02 99 54 22 84
www.editions.ensp.fr

HCSP

8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 80
Télécopie : 01 40 56 79 49
www.hcsp.ensp.fr



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. ■

Directeur de la publication

Lucien Abenheim, directeur général de la Santé

Rédacteur en chef

Patricia Siwek

Comité de rédaction

Dominique Bertrand, Jean-François Bloch-Lainé, Gérard Badéyan, Étienne Caniard, Bernard Cassou, Antoinette Desportes-Davonneau, Jean-François Dodet, Marc Duriez, Ruth Ferry, Pascale Gayraud, Geneviève Guérin, Alain Jourdain, Claudine Le Grand, Guy Nicolas, Anne Tursz

Secrétaire de rédaction

Marie-Josèphe Strbak

Coordonnées de la rédaction

Haut Comité de la santé publique
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 56
Télécopie : 01 40 56 79 49
Mél. : hosp-adsp@sante.gouv.fr
Site : hosp.ensp.fr

Demandes d'abonnement

La Documentation française
Bulletin d'abonnement : 3^e de couverture

Réalisation

Philippe Ferrero

Secrétariat

Riama M'Bae

Ont participé à ce numéro

Jean-Pascal Assailly, Vanessa Bellamy, Marie-Berthe Biecheler-Fretel, Pierre-Henri Bréchat, Cécile Brouard, Dominique Cesari, Jean Chapelon, Mireille Chiron, Emmanuel Daydou, Gabriel Dupuy, Catherine Embersin, Jean Flory, Blandine Gadegbeku, Pascale Gayraud, Pascale Gerbouin-Rérolle, Claude Got, Isabelle Grémy, Marie-Chantal Jayet, Jean-Pierre Jouineau, Geneviève Jurgensen, François Leplat, Martine Le Quellec-Nathan, Isabelle Massin, Jean-François Mattei, Charles Mercier-Guyon, Jacques Raimondeau, Guillaume Rosenwald, Emmanuelle Sarlon, Jean Studer, Anne Tursz, Pierre Van Elslande

adsp actualité et dossier en santé publique

est publiée par La Documentation française

Revue trimestrielle 12,00 euros

Abonnement annuel (4 numéros) 38,50 euros

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.

© 2003 Haut Comité de la santé publique
Dépôt légal janvier 2003. ISSN 1243-275X.
Commission paritaire : 0903 B 05201.
Imprimerie : EMD, 53110 Lassay-les-Châteaux.

éditorial

1 La sécurité routière : un volet de la politique de santé

Jean-François Mattei

HCSP DIRECT

4 Loi de programmation en santé publique : contribution du HCSP

Un recueil des principaux problèmes de santé a été élaboré à partir des rapports triennaux *La santé en France*.

Emmanuelle Sarlon

5 HCSP; fête ses deux ans

Point, après deux années d'activité, sur le site Internet du Haut Comité

actualité

6 Prévenir les maladies cardio-vasculaires

Réduire les risques prédisposant aux maladies cardio-vasculaires nécessite des stratégies combinant prévention et soins. Des programmes nationaux concernant le tabac, la nutrition, les pratiques cliniques et thérapeutiques sont mis en œuvre.

Martine Le Quellec-Nathan

prochain numéro

dossier

Information en santé : les développements européens

n° 42, sortie en mars 2003

rubriques

régions

10 Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la Smerep

Enquête sur l'état de santé des étudiants franciliens, leur connaissance et utilisation du système de soins.

Isabelle Grémy, Catherine Embersin, Cécile Brouard, Emmanuel Daydou

études

67 100 ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique

D'abord inspecteurs départementaux d'hygiène, puis médecins inspecteurs de santé publique : histoire d'une profession dont l'évolution est associée aux politiques de santé.

Jacques Raimondeau, Pierre-Henri Bréchat

repères

9 brèves européennes

14 organisme

Institut de recherche pour le développement

72 recherche

Épidémiologie, démographie et sciences sociales : santé reproductive, sexualité et infection à VIH

73 lectures

74 en ligne

75 lois & réglementation

76 calendrier

Accidents de la route

des handicaps et des décès évitables

Problème de transport, les accidents de la route constituent également un réel problème de santé publique. Cause de près de 8 000 morts et 4 500 handicapés lourds par an, c'est un domaine où d'importants progrès peuvent et doivent être faits. Mieux connaître ce problème et ses déterminants, identifier les acteurs, comprendre le contexte et les enjeux est le premier objectif de ce dossier.

Dossier coordonné par **Pascale Gayraud**

p. 15

16 L'importance du problème et son contexte

L'insécurité routière demeure un fléau français qui touche en premier lieu les jeunes. Alcool et vitesse sont très souvent impliqués dans les accidents.

16 Les grandes données de l'accidentologie

Jean Chapelon

21 Les handicaps liés aux accidents de la route

Les données de l'enquête HID

Vanessa Bellamy

Estimation à partir d'un registre départemental

Blandine Gadegbeku, Mireille Chiron

22 Le contexte culturel de l'insécurité routière en France

Jean-Pascal Assailly

25 Stratégies préventives et acteurs

Agir pour la sécurité routière nécessite des actions inscrites dans la durée, répétées et évaluées, impliquant de nombreux acteurs...

25 La politique de sécurité routière

Isabelle Massin

26 Mobilisation à Saint-Fargeau-Ponthierry

27 Le plan gouvernemental

28 Une nuit pour la vie, une action menée par les jeunes pour les jeunes

29 Comprendre et prévenir les accidents

Pierre Van Elslande

33 Prévenir le risque routier encouru par les salariés

Jean Studer

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

Anne Tursz, Pascale Gerbouin-Rérolle

54 Tribunes

54 Ne plus mourir à vingt ans sur les routes

Claude Got

56 Pour une généralisation des démarches locales de prévention des risques routiers

Guillaume Rosenwald

58 La loi... des grands nombres ? Brève analyse de la délinquance routière

François Leplat

61 Bientôt, la préhistoire !

Geneviève Jurgensen

63 La dépendance automobile

Entretien avec Gabriel Dupuy

66 Bibliographie adresses utiles

39 Deux axes majeurs d'actions pour changer les comportements

Changer le comportement des usagers de la route passe par l'amélioration de la formation et un dispositif de contrôles et de sanctions plus rigoureux et systématique.

39 L'amélioration de la formation des conducteurs

Jean Flory

41 Un outil pédagogique pour les lycées

42 Le dispositif de contrôle-sanction : limites et progrès possibles

Marie-Chantal Jayet

45 Focus sur des facteurs de risques

Si l'on peut agir sur les dangers liés à la vitesse, l'alcool, la drogue ou les médicaments au volant, on peut aussi améliorer la sécurité des véhicules et des voies de circulation.

45 La vitesse dans le système social de circulation

Marie-Berthe Biecheler-Fretel

47 Alcool, drogues, médicaments et conduite automobile

Charles Mercier-Guyon

49 La sécurité des véhicules

Dominique Cesari

52 L'action sur l'infrastructure routière

Jean-Pierre Jouineau



Loi de programmation en santé publique

Contribution du HCSP

En amont du projet de loi, le HCSP a élaboré un recueil des principaux problèmes de santé en France d'après les rapports triennaux *La santé en France*.

Au mois de juin 2003, le gouvernement prévoit de soumettre au Parlement un projet de loi de programmation en santé publique. Son objet est principalement de disposer d'une politique de santé publique se fondant sur une programmation pluriannuelle. Elle se déclinera selon trois axes stratégiques : « *prévenir la mortalité et la morbidité évitables* », ainsi que « *réduire les inégalités de santé* », et enfin « *préserver la qualité de vie des personnes en situation de handicap ou de dépendance** ».

Jean-François Mattei, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, a lancé la préparation de ce vaste projet en septembre 2002. Le processus d'élaboration en amont du projet de loi repose sur les composantes suivantes.

Dans un premier temps, des consultations régionales ont été organisées par les Drass d'octobre à novembre 2002. Elles ont été réalisées afin d'établir un état des lieux régional des problèmes de santé et des actions entreprises. De plus, ces consultations doivent fournir les modalités de détermination des priorités régionales de santé.

Parallèlement, une consultation nationale auprès des différents acteurs du système de santé concernés par cette loi de programmation est en cours.

Dans le même temps, un groupe technique national de définition des

objectifs a pour mission d'élaborer la démarche de programmation stratégique, en s'appuyant sur les meilleures connaissances disponibles (état de santé de la population, déterminants, actions de santé publique et évaluation). Piloté par la direction générale de la Santé, il rassemble un certain nombre d'experts dans le domaine de la santé publique, ainsi que des représentants des grandes institutions et des agences intervenant dans le champ de la santé. Sa contribution se finalisera par la rédaction

d'un rapport de priorisation. Le HCSP a été sollicité pour apporter à ce groupe de travail son expertise.

Contribution du HCSP

Dans ce cadre, Jean-François Mattei a souhaité que le HCSP contribue au processus d'élaboration : « *en amont du texte de loi, pour analyser au travers des trois derniers rapports (1994, 1998 et 2002) les axes prioritaires qui pourraient être retenus dans le cadre de la loi de programmation* » (séance plénière du HCSP du 24 octobre 2002).

Fiche type utilisée pour la présentation d'un problème de santé

- Les objectifs proposés par les rapports triennaux (dont les objectifs quantifiés du rapport 1994).
- L'importance du problème de santé retenu. D'une part, un constat général sur le problème de santé est présenté et actualisé notamment à partir d'autres travaux que les rapports du HCSP (l'annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale PLFSS 2003 élaborée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques Drees a été largement utilisée). D'autre part, les commentaires du HCSP par tranches d'âge et pour la pathologie complètent cette partie.
- Les indicateurs présentés sont ceux qui ont été cités dans le rapport 1994. Pour les données de mortalité, grâce à l'aide du CépiDc, une actualisation des graphiques réalisés en 1994 est proposée. Les données sont standardisées et lissées par période de trois ans, comme dans le rapport de 1998.
- Les déterminants du problème de santé retenus dans les trois rapports successifs du HCSP sont ensuite répertoriés.
- Puis, les recommandations des différents rapports du HCSP sont présentées.
- À propos de... Une dernière partie renvoie aux principaux rapports thématiques du HCSP. Quelques références aux dossiers de la revue *Adsp* et à des travaux récents (Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé...) sont également ajoutées de façon à éclairer certains aspects des problèmes de santé retenus.

* Discours de Jean-François Mattei à l'Académie de médecine, 1^{er} octobre 2002, www.sante.gouv.fr

Le HCSP a donc été chargé de remettre au Groupe technique national de définition des objectifs un recueil des principaux problèmes de santé en France. En se référant à la grille d'analyse proposée dans le rapport *La santé en France 1994*, ce document recense les problèmes de santé, les pathologies et les déterminants mis en évidence par les trois rapports et susceptibles de constituer des priorités de santé publique. Cette approche sanitaire est complétée par une partie sur les objectifs d'organisation du système de santé, de façon à donner une vision plus transversale et, élargir le champ de la réflexion.

Méthodologie

Pour l'élaboration de ce document, le HCSP a recensé les problèmes de santé émergents du rapport *La santé en France 2002* et, les a ensuite listés en fonction de la grille de lecture du rapport 1994.

Ainsi, pour chaque problème de santé, sont rappelés les objectifs issus des rapports du HCSP. Puis, l'importance du problème de santé est soulignée par un constat général actualisé et un constat par tranches d'âge. Ensuite, sont présentés les indicateurs, les déterminants et les recommandations issus des trois rapports. Enfin, divers travaux sont cités de façon à éclairer certains aspects des problèmes de santé présentés (voir encadré).

Validé en séance plénière par les membres du HCSP, le 17 décembre 2002, ce document présente de façon pédagogique les principaux problèmes de santé mis en évidence par les rapports triennaux *La santé en France*.

Les thèmes abordés

Tout d'abord, le recueil se compose d'un rappel des définitions de quelques termes fréquemment utilisés (morbidité, mortalité, inégalités de santé, qualité de vie, prévention, déterminants). Dans une seconde partie, les différentes méthodologies suivies pour les rapports triennaux *La santé en France* sont présentées, ainsi que celle suivie pour le recueil et citée précédemment.

Ensuite, plusieurs parties sont successivement consacrées aux problèmes

de santé, pathologies et déterminants susceptibles d'être des priorités de santé publique. Ainsi sont abordés des thèmes de santé publique comme, entre autres, les accidents de la route, les cancers et les maladies cardio-vasculaires. Les sources de données utilisées pour le rapport *La santé en France 2002* ont permis de sélectionner d'autres thèmes tels que la santé bucco-dentaire et les troubles sensoriels, par exemple. Le HCSP a choisi de consacrer une partie à des problèmes de santé qui sont également des facteurs de risque de pathologies évitables telles que l'hypertension artérielle, le diabète, les dyslipidémies et le surpoids. Puis les principaux déterminants de pathologies évitables sont présentés : la consommation d'alcool, la consommation de tabac, la consommation de drogues illicites, les comportements sexuels à risque, les inégalités sociales et spatiales de santé, la malnutrition et les risques liés à l'environnement physique et professionnel. Le document est complété par une partie sur les objectifs d'organisation du système de santé, issus du rapport *La santé en France 2002*.

La suite du processus

Dans le courant du premier trimestre 2003, le HCSP doit apporter son expertise en aval du processus. Il étudiera notamment la démarche de priorisation du Groupe technique national de définition des objectifs, ainsi que la synthèse des consultations régionales, et rendra un avis.

La synthèse des consultations régionales, le rapport de priorisation du Groupe technique national et l'avis du HCSP seront ensuite synthétisés dans un rapport final qui sera soumis au ministre de la Santé pour arbitrage. Ce rapport arbitré sera annexé au projet de loi présenté au Parlement en juin 2003.

Le Recueil des principaux problèmes de santé en France, d'après les rapports *La santé en France 1994, 1998 et 2002* est accessible sur le site Internet du HCSP : www.hcsp.ensp.fr. ■

Emmanuelle Sarlon

Interne de santé publique, HCSP

HCSP_i fête ses deux ans

Créé en 1997, le site Internet du HCSP a été complètement renouvelé pour céder la place le 1^{er} janvier 2001 à HCSP_i, conçu pour répondre à l'objectif du HCSP de mettre à la disposition des professionnels de la santé et, plus largement, d'un public intéressé par les enjeux de santé publique, l'ensemble des informations disponibles sur le HCSP et ses travaux depuis sa création en 1991.

HCSP_i comprend, outre la page d'accueil qui présente l'actualité des travaux du HCSP et ses nouvelles publications, six grandes rubriques thématiques :

- Le HCSP : ses missions, sa composition, son organisation, ses coordonnées ;
- La collection complète des avis et rapports thématiques accessibles en texte intégral (*Stratégie pour une politique de santé, Précarité, Pollution, Nutrition, Souffrance psychique des adolescents, Panier de biens et services de santé*, en tout une vingtaine de titres qui témoignent de la diversité des champs de réflexion abordés par le HCSP) ;
- La collection complète des grands rapports *La santé en France* accessibles en texte intégral de 1994 à 2002.

Les nouveaux rapports sont mis en ligne dès qu'ils sont rendus publics.

Pour chacun des rapports, des documents de synthèse (résumés, articles, interviews et, pour le rapport 2002, un diaporama) sont également disponibles.

- Les groupes de travail ayant élaboré les travaux du HCSP
- La revue de presse bimensuelle du HCSP en ligne depuis octobre 2002.
- La revue *Adsp*, en texte intégral pour les numéros 1 à 23 ainsi que pour les numéros ultérieurs épuisés chez l'éditeur, en extraits pour les numéros disponibles à la vente. Dans le cadre d'une convention entre la Documentation française, le HCSP et l'ENSP, les abonnés à la Banque de données en santé publique ont accès au texte intégral de la revue sur le site de la BDSF.

Une fonction recherche permet d'accéder en plein texte, par mot clef, par rubrique d'*Adsp*, aux écrits du HCSP, aux auteurs des rapports et de la revue.

Enfin, depuis août 2002, HCSP_{info} permet aux abonnés d'être régulièrement informés sur leur messagerie électronique de la disponibilité de nouvelles informations (inscription en page d'accueil).

Fin 2002, plus de 10 000 pages étaient consultées chaque semaine. ■

HCSP_i : www.hcsp.ensp.fr

Prévenir les maladies cardio-vasculaires

Martine Le Quellec-Nathan
Médecin inspecteur général
de santé publique, sous-directrice
de Pathologies et Santé
à la direction générale de la Santé

La prévention des facteurs de risques qui prédisposent aux maladies cardio-vasculaires est un réel enjeu de santé publique. Plusieurs actions ont été ou vont être mises en œuvre dans le cadre de programmes nationaux complémentaires.

Les maladies cardio-vasculaires représentent une des causes majeures de mortalité en France, à l'origine de près de 180 000 décès par an, dont 25 % affectent des personnes de moins de 75 ans. Parmi les plus fréquentes, les cardiopathies ischémiques sont responsables de 27 % des décès, les accidents vasculaires cérébraux 25 % et les insuffisances cardiaques 23 %.

Le Haut Comité de la santé publique, dans son rapport 2002 *La Santé en France* indique que les cardiopathies ischémiques sont encore aujourd'hui le premier motif d'hospitalisation et la deuxième cause de décès chez les hommes de 45 à 74 ans, la troisième cause de décès chez les

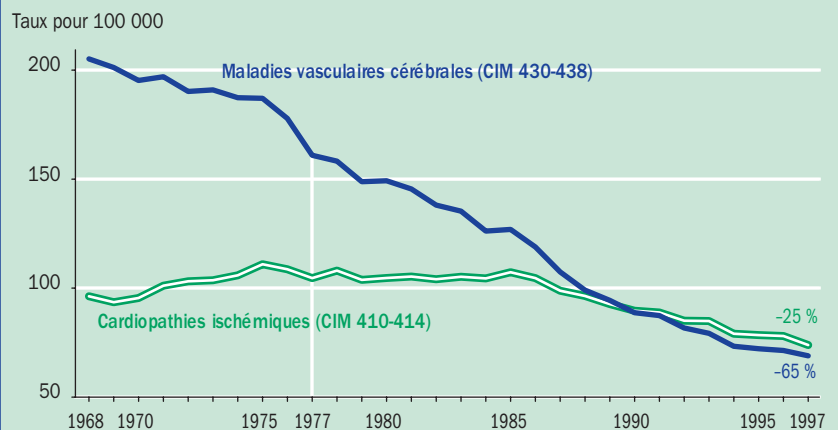
femmes. Les affections cardio-vasculaires sont également le motif le plus fréquent d'admission en invalidité chez les hommes de 50 à 60 ans.

Les circonstances de survenue des maladies cardio-vasculaires dépendent essentiellement de l'âge et de facteurs de risques associant des comportements individuels (tabagisme, déséquilibre nutritionnel, sédentarité) et des conditions environnementales, potentialisant des susceptibilités individuelles acquises ou génétiques familiales (obésité, hypercholestérolémie, diabète de type 2, hypertension artérielle (HTA).

Depuis 1970, la mortalité par maladie cardio-vasculaire diminue, mais des différences régionales persistent (figure 1).

figure 1

Taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales (sexes et âges confondus, 1970-1997)



Sources : E. Jouglu, E. Michel, J. Ménard. Données : SC8 Inserm.

Cette réduction de mortalité est sans doute accompagnée d'une réduction de l'incidence des accidents coronariens chez les personnes de 35 à 64 ans. La prise en charge par la médecine de ville des facteurs de risques et des personnes ayant une pathologie prédisposant aux accidents cardio-vasculaires, même si elle n'est pas toujours optimale, constituerait probablement un des facteurs de décroissance des taux de mortalité cardio-vasculaire.

Il n'est pas possible d'agir sur les marqueurs de risque tels que le sexe, l'âge et les anomalies génétiques familiales ; les stratégies de prévention reposent donc essentiellement sur deux axes :

- la lutte contre les facteurs de risques comportementaux à tout âge de la vie (tabac, alimentation, sédentarité notamment) par leur repérage et par leur prise en charge adaptée. Cela consiste à supprimer un facteur non naturel, c'est-à-dire provoquer un retour à la normale présumé sans risque (arrêt du tabac, réduction du poids)* ;

- la prise en charge adaptée des anomalies telles que l'hypertension artérielle (ajout d'un facteur non naturel dans l'espoir de conférer une protection), tout en évaluant les bénéfices et les risques de cette prise en charge (effets indésirables de traitement au long cours).

Vers une prise en charge globale du risque cardio-vasculaire

Les différentes stratégies de lutte contre les maladies cardio-vasculaires combinent prévention et soins et se traduisent par l'articulation entre le plan national de lutte contre le tabagisme, le programme national nutrition santé, le programme de réduction des facteurs de risques cardio-vasculaires, les recommandations de pratiques cliniques et thérapeutiques des agences : Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (Anaes) sur les pratiques, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) sur les produits, Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) sur la réduction de la consommation de sel, et les actions menées par la Caisse nationale d'assurance maladie.

Les actions visant à agir sur les facteurs de risques sont essentiellement

au nombre de quatre : la lutte contre le tabagisme, les actions sur les comportements alimentaires, la consommation de sel et l'enrichissement des farines en vitamines B9**.

Les actions de lutte contre le tabagisme

Les premières mesures relatives à la lutte contre le tabagisme ont été publiées le 9 juillet 1976 (« loi Veil ») pour réglementer la publicité sur le tabac. Elles ont été complétées par la loi du 10 janvier 1991 (« loi Evin »), qui a mis l'accent sur la protection du non-fumeur. La conférence de consensus de 1998 a donné les bases de la prise en charge du tabagisme. Pour mettre en œuvre les mesures préconisées, un programme de lutte contre le tabagisme a été lancé en mai 1999, avec pour objectifs, de développer la prévention et l'éducation à la santé, de favoriser le sevrage, de mieux impliquer les professionnels dans ces différents objectifs.

Les axes de ce plan sont :

- la dénormalisation de l'usage du tabac,

- la réduction de l'offre et de l'accessibilité au produit,

- la protection des non-fumeurs,

- la formation des professionnels au sevrage et à son accompagnement,

- l'amélioration de l'efficacité et de l'accessibilité au sevrage, notamment pour des publics précaires.

La prévention du tabagisme s'appuie sur des actions de communication globales destinées au grand public, sur des actions ciblées vis-à-vis de publics plus concernés (intervenants, jeunes et femmes), sur une réduction de l'offre et sur l'amélioration de la protection des non-fumeurs. Les médecins ont été formés au sevrage tabagique, à la délivrance de substituts et au soutien psychologique lors du sevrage grâce au programme Nicomède (Ligue nationale contre le cancer). Des centres de sevrage tabagique ont été créés au sein des hôpitaux et cette action s'est poursuivie en 2002. La distribution gratuite de substituts nicotiques aux personnes en situation de précarité a été instaurée.

Le programme national nutrition santé

Le programme national nutrition santé

** Ces actions se retrouvent dans les plans de santé publique mis en œuvre par le ministre de la Santé, consultable sur le site Internet du ministère : www.sante.gouv.fr.

2001-2005 (PNNS) a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est l'alimentation.

L'obésité et les dyslipidémies sont des facteurs de risques prédominants de l'apparition des maladies cardio-vasculaires. Un bon équilibre nutritionnel peut permettre d'intervenir non seulement en amont de l'installation de l'obésité, mais également en prévention primaire et secondaire des troubles lipidiques. Les objectifs du PNNS visent clairement la réduction, dans la population adulte, de la cholestérolémie moyenne et de la pression artérielle systolique ainsi que la diminution de la prévalence du surpoids et de l'obésité.

Les principaux axes du PNNS sont :

- la promotion positive d'une alimentation équilibrée,

- l'exercice physique,

- l'aspect global de la nutrition et le nécessaire équilibre des nutriments,

- la dynamique de l'état nutritionnel qui se construit tout au long de la vie.

De nombreuses actions ont déjà été réalisées ou sont en cours de réalisation dans le cadre de ce programme.

Une campagne de promotion des fruits et légumes a été lancée durant l'hiver 2001-2002 et se poursuit sous diverses formes.

Un guide alimentaire, avec une version pour le grand public et une pour les professionnels de santé, a été élaboré. Deux millions d'exemplaires sont destinés au grand public : jusqu'au 20 novembre 2002 ils ont été vendus (2 euros) dans les kiosques à journaux puis diffusés gratuitement par des réseaux institutionnels et associatifs. Par ailleurs, 150 000 exemplaires du guide à l'usage des professionnels de santé leur ont été envoyés.

Des guides spécifiques pour les enfants et pour les adolescents sont en préparation et devraient être diffusés à partir du premier trimestre 2004.

Une campagne de promotion de l'exercice physique est prévue en 2003 avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

En ce qui concerne la formation et l'information des professionnels de



* G. Rose, *Br. Med. J.*, 1981 : 1847-1851.

santé, deux outils de mesure de l'indice de masse corporelle (adulte et enfants) vont être diffusés au cours du premier trimestre 2003, accompagnés d'un livret d'explication. Des modules de formation continue sur l'obésité de l'enfant sont en préparation.

Quatre-vingts postes de diététiciens ont été créés dans les hôpitaux en 2002 et un rapport d'experts a été demandé sur le métier et la formation de diététicien.

Une circulaire du 29 mars 2002 préconise la création de comités de liaison alimentation au sein des établissements de santé et l'arrêté du même jour crée le Comité national de l'alimentation et de la nutrition dans les établissements de santé, visant à donner un cadre général pour lutter contre la dénutrition et améliorer l'état nutritionnel des patients.

Enfin, des actions plurisectorielles ont été mises en place :

- la circulaire du 25 juin, élaborée en étroite collaboration avec le ministère de l'Éducation nationale, vise à promouvoir une alimentation équilibrée et saine dans les établissements scolaires.

- un appel à projets portant sur des initiatives locales ou régionales dans le cadre du PNNS a été réalisé en 2002. Plus de 230 projets ont été adressés à la direction générale de la Santé au sein desquels 41 projets ont été retenus.

Afin d'améliorer la surveillance et la recherche, le suivi des facteurs de risques alimentaires et environnementaux va être réalisé en 2003 au travers de l'enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires (INCA 2/ENNS) conduite par l'InVS et l'Afssa.

La consommation de sel

Le lien entre consommation de sodium et hypertension artérielle a été constaté dans de nombreuses études. Un groupe de travail piloté par l'Afssa a émis des recommandations visant à diminuer la consommation moyenne en sodium de la population. L'objectif d'une réduction de 20 % des apports en sodium en quatre ans a été retenu par le ministère de la Santé. Les recommandations portent sur la réduction de la teneur en sodium des aliments et sur l'éducation et l'information des consommateurs, pour les responsabiliser dans le contrôle et la gestion des apports sodés. Les actions seront menées en lien avec les acteurs économiques et

la restauration hors du foyer, le milieu scolaire, le système de soins (professionnels de santé) et par le biais de l'étiquetage des produits.

L'apport en vitamines B9 et 12

La carence en vitamines B9 et 12 (folates) est connue comme étant un facteur de risques d'anomalie de fermeture du tube neural, mais aussi de maladies cardiovasculaires. Certains pays ont procédé à l'enrichissement des farines en folates ; cependant les habitudes alimentaires étant sensiblement différentes en France, il est prévu de procéder à une étude préalable d'intervention et de faisabilité dans une région.

Le programme national de réduction des risques cardio-vasculaires 2001-2005

Les actions complémentaires initiées dans le cadre du programme de prévention des risques cardio-vasculaires 2001-2005 relèvent plus particulièrement de la prise en charge et ont pour axes :

- L'information et la sensibilisation du public sur les facteurs de risque cardio-vasculaires.

- La promotion de l'éducation thérapeutique dans les établissements de santé et au cabinet médical : cela afin de permettre au patient de comprendre sa maladie, les prescriptions qui lui sont faites y compris en matière d'hygiène de vie, facilitant ainsi sa coopération avec les soignants. L'éducation du patient est reconnue comme capitale dans l'observance thérapeutique ; elle permet de diminuer l'incidence des complications et des hospitalisations et d'améliorer sa qualité de vie. Cette éducation thérapeutique peut être individuelle, relevant du médecin traitant, ou collective. Les consultations médicales longues, récemment créées lors de l'admission du patient en affection de longue durée (ALD), sont une première approche de l'éducation thérapeutique individuelle. L'éducation thérapeutique de groupe s'est développée ces dernières années à partir d'initiatives locales, le plus souvent hospitalières. Elle a fait l'objet d'un appel d'offres national en 2002 pour les maladies cardio-vasculaires, le diabète et l'asthme*.

* 378 projets sont remontés à la DHOS, dont 262 sur le diabète et les maladies cardio-vasculaires. La procédure d'attribution des financements a été modifiée

L'amélioration de la prévention, du dépistage et de la prise en charge

Des résultats de la mesure de la pression artérielle découlent une décision thérapeutique engageant le patient sur plusieurs années. Qu'il s'agisse des premières mesures de découverte de l'hypertension artérielle ou des mesures de surveillance sous contrôle d'un traitement, l'exactitude de cette vérification est impérative tant les conséquences pour la santé d'une trop forte correction ou d'un trop faible contrôle sont importantes.

Par ailleurs le public est de plus en plus enclin à la pratique de l'auto-mesure de la pression artérielle, même en dehors de toute influence médicale. L'Afssaps a réalisé un contrôle du marché des auto-tensiomètres à usage des patients et publie une liste positive des appareils répondant aux critères techniques et cliniques. Dans ce même objectif, cette agence participe à la révision de la norme européenne d'évaluation clinique des auto-tensiomètres « NF EN 1060-3 ».

Ultérieurement, l'Afssaps prévoit de réaliser une information des acteurs de santé libéraux sur l'utilisation des tensiomètres médicaux et la nécessité de leur étalonnage régulier, et sur l'abandon des manomètres à mercure.

Des actions visent à améliorer la prise en charge des patients par les professionnels de santé et, dans ce cadre, il a été demandé à l'Anaes une synthèse des recommandations concernant la prévention et le dépistage des facteurs de risques.

Il existe en effet de nombreuses références en matière de prévention et/ou de dépistage des facteurs de risques cardio-vasculaires élaborées par les agences seules ou en collaboration avec les sociétés savantes. Ces recommandations peuvent concerner le diabète, les dyslipidémies, le tabagisme, l'obésité, l'hypertension artérielle. Cette synthèse a été inscrite au programme 2003 de l'Anaes. Ces recommandations seront, dans un second temps, diffusées auprès des professionnels de santé.

Un programme de visites confraternelles sur la prise en charge des patients bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur pour un diabète ou une hypertension

et l'appel d'offres a été inclus dans l'enveloppe de santé publique déléguée aux agences régionales de l'hospitalisation en septembre 2002.

artérielle a été développé par la Caisse nationale de l'assurance maladie et doit se poursuivre en 2003 en y associant le malade. Les échanges portent essentiellement sur la connaissance par le médecin des recommandations de l'Anaes et leur suivi par le médecin et par le patient. 22 000 entretiens confraternels ont été réalisés et l'évaluation de l'impact de cette campagne d'échanges est prévue à l'automne 2003 avec communication des résultats au cours du premier semestre 2004.

Enfin, le programme vise à améliorer la prise en charge des personnes souffrant d'accident vasculaire cérébral à tous les stades de l'affection.

Dans ce cadre, l'Anaes a réalisé de nombreux travaux, en cours de finalisation, qui concernent l'imagerie des accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans les 48 premières heures, la prise en charge multidisciplinaire des patients atteints d'AVC et leur prise en charge paramédicale. Parallèlement, en groupe de travail piloté par la Direction des hôpitaux et de l'offre de soins doit faire des propositions pour mieux structurer la prise en charge hospitalière de ces patients.

Améliorer la connaissance épidémiologique

Il existe de nombreuses données épidémiologiques concernant les maladies cardio-vasculaires, mais celles-ci sont éparées.

Le suivi épidémiologique des facteurs de risques a été confié à l'Institut national de veille sanitaire (InVS), qui a dans ses objectifs la mise en œuvre d'un programme de surveillance des maladies cardio-vasculaires avec notamment le renforcement des trois registres des cardiopathies ischémiques de la Haute-Garonne (en 2003 par le financement d'un poste de praticien et de deux techniciens), de Lille et du Bas-Rhin. Par ailleurs, une étude de faisabilité va être entreprise pour l'extension du registre des accidents vasculaires cérébraux de Dijon à l'ensemble de la Côte-d'Or. Enfin, une étude va être menée par l'InVS sur la pertinence de l'utilisation des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), avec dans un premier temps un test comparatif de ces données et de celles issues des registres afin de vérifier la qualité et la fiabilité des données du PMSI en terme de surveillance épidémiologique.

Relayer les actions au niveau régional

L'ensemble des actions de prévention et de lutte contre les maladies cardio-vasculaires sont relayées au niveau régional et local.

Dans le cadre du PNNS, une campagne de proximité est réalisée par les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (Drass et Ddass) auxquelles des crédits ont été délégués pour mettre en œuvre leurs propres actions.

Les programmes régionaux de santé (PRS) sont établis à partir de l'analyse des besoins régionaux et des priorités déterminées par les conférences régionales de santé. Il s'agit de programmes pluriannuels élaborés et mis en œuvre par les Drass et les Ddass en coordination avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et les établissements de santé (art. R 767-6 du CSP) qui participent à leur financement. Des PRS portant sur les maladies cardio-vasculaires ont été initiés dans les régions Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Guadeloupe.

De nombreuses actions sont mises en œuvre par les caisses régionales et primaires d'assurance maladie (Cram et CPAM) et les unions régionales des médecins libéraux (URML). De plus, les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé mènent des actions d'information et de prévention vis-à-vis du grand public, soit en relayant les actions nationales, soit en mettant en œuvre des initiatives locales en coordination avec les services déconcentrés de l'État, les caisses d'assurance maladie et les collectivités territoriales. À l'initiative de la direction générale de la Santé, une étude a été réalisée par la société Eval qui a permis de répertorier 81 actions réalisées pour la prévention des maladies cardio-vasculaires, soit concernant directement l'hypertension artérielle (23) soit plus larges (58).

Les maladies cardio-vasculaires représentant une des premières causes de mortalité prématurée, la prévention de cette affection et de ses facteurs de risques devrait être prise en compte dans la loi de programmation en santé publique annoncée par le ministre. ■

BRÈVES EUROPÉENNES

23 octobre 2002

Réforme de la législation européenne sur les produits pharmaceutiques

Le Parlement européen s'est prononcé sur les propositions de la Commission visant à réformer la législation européenne sur les produits pharmaceutiques. Un accord pourrait être trouvé concernant certains sujets importants tels que l'équilibre entre innovation et médicaments génériques et l'information des patients (par une plus grande transparence et un meilleur accès aux données sur les médicaments). Il s'agit de concilier un bon niveau de protection de la santé, tout en accroissant la compétitivité ainsi que l'innovation dans l'industrie pharmaceutique.

30 octobre 2002

Accès des pays en développement aux médicaments essentiels

La Commission européenne a adopté une proposition de règlement, qui sera soumis au Conseil, permettant que des médicaments de première nécessité, à des prix très réduits, soient distribués aux pays les plus pauvres, affectés principalement par le sida, la tuberculose et le paludisme. Ces pays ne pouvant pas produire de médicaments localement, l'industrie pharmaceutique des pays développés doit pouvoir faire parvenir des médicaments aux populations. La Commission a introduit une mesure de précaution pour que ces produits pharmaceutiques ne soient pas réexportés dans l'Union.

27 novembre 2002

Programme de santé publique « Santé 2015 » en Finlande

La Finlande est un des pays les plus avancés dans le domaine de la santé publique. Son programme « Santé 2015 » a pour objectifs la réduction des inégalités et l'amélioration de l'état de santé. Le gouvernement finlandais a chargé le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de procéder à une évaluation de sa politique sanitaire. Le rapport des experts internationaux constate des progrès considérables durant les trente dernières années, et préconise l'amélioration des relations entre autorités sanitaires nationales et municipales, ainsi que le renforcement des synergies entre développements social, économique et sanitaire.



Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la Smerep

Isabelle Grémy
Médecin de santé publique,
ORS Île-de-France

Catherine Embersin
Cécile Brouard

Chargées d'études, ORS Île-de-France

Emmanuel Daydou
Directeur de l'action sanitaire et sociale
de la Smerep

Les étudiants d'Île-de-France se disent en bonne santé, même si l'on peut déceler des signes de souffrance psychique et une perception des risques insuffisante chez certains. Le recours aux soins est fréquent, malgré une faible connaissance du système sanitaire et social.

Afin d'appuyer les actions de prévention menées auprès des étudiants, la Smerep, mutuelle à but non lucratif et centre de sécurité sociale étudiante, a mis en place, conjointement avec l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France, une enquête menée entre mars et juin 2001, sur un échantillon représentatif des étudiants franciliens affiliés à ce centre.

Les principaux objectifs de cette enquête étaient :

- de connaître la perception des étudiants à l'égard de la santé,
- de mieux comprendre leurs modes de vie, leurs comportements et les risques qu'ils prennent pour leur santé,
- d'appréhender l'utilisation et la perception du système de soins par les étudiants, ainsi que leur consommation de soins.

Cette enquête devait entre autre permettre de confronter, pour la première fois, les consommations de soins déclarées par les étudiants aux données de remboursement des bases de la Smerep.

Les résultats serviront à élaborer une politique de prévention et d'information envers cette population d'étudiants et de proposer des améliorations dans l'accès au système de soins et son utilisation.

En comparaison avec l'échantillon initial, les répondants sont majoritairement des femmes (67,7 % contre 53,6 % dans l'échantillon initial), ce qui implique de réaliser les analyses par sexe. Ils sont également un peu plus jeunes que dans l'échantillon initial et ont plus souvent pré-

senté des soins au remboursement au cours de l'année que les non-répondants. Il existe donc probablement un biais de sélection tendant à surreprésenter les étudiants particulièrement concernés par la santé et, sans doute, par la prévention.

Conditions de vie des étudiants

Environ un tiers des étudiants franciliens viennent de province ou de l'étranger, les hommes plus souvent que les femmes.

La majorité des étudiants vivent chez leurs parents, 61 % des hommes et 56 % des femmes. Les autres habitent pour la plupart seuls, la vie en couple concerne 5 % des hommes et 9 % des femmes.

Une proportion importante d'étudiants exerce une activité rémunérée, les femmes plus souvent que les hommes : 54 % contre 45 % des hommes. Il s'agit, le plus souvent, de « petits boulots ».

Cependant, pour la majorité des étudiants, même lorsqu'ils exercent une activité rémunérée, les ressources financières proviennent principalement des parents.

Pour les études, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à poursuivre des études littéraires (lettres, sciences humaines), 30 % contre 12 % des hommes, tandis que ceux-ci sont plus souvent dans des filières scientifiques (sciences, médecine, dentaire, pharmacie, paramédical) : 35 % contre 26 % des femmes.

Les hommes, plus nombreux à préparer un diplôme de 3^e cycle, intègrent plus souvent des classes préparatoires ou des grandes écoles que les femmes qui suivent majoritairement des études universitaires.

Les étudiants ont une vie sociale relativement développée. Ils sont notamment plus d'un tiers à participer à une association, le plus souvent sportive. La pratique d'un sport concerne environ 6 hommes sur 10 et 5 femmes sur 10.

De nombreux indicateurs témoignent d'une bonne santé globale des étudiants

Les étudiants accordent de l'importance à la santé (tableau 1). Ainsi, plus de 60 % des étudiants, les hommes autant que les femmes, pensent que l'on peut avoir beaucoup d'influence sur sa propre santé et environ 3 étudiants sur 4 indiquent avoir fait quelque chose au cours des 12 derniers mois pour améliorer leur santé (sport, régime alimentaire...). Cela concerne moins souvent les hommes que les femmes, probablement parce qu'ils se perçoivent en meilleure santé (santé physique, mentale, sociale, estime de soi, anxiété, dépression).

Par ailleurs, les étudiants témoignent d'un niveau élevé de satisfaction vis-à-vis de leurs études et de leur famille, souvent associé à une perception positive de la santé.

Les étudiants semblent d'autre part moins souvent expérimentateurs et consommateurs réguliers de produits psychoactifs que les jeunes des mêmes âges en population générale (Baromètre santé 97/98 [1]) ou que les jeunes scolarisés de 18-19 ans (ESPAD [2]).

En matière de sexualité, la fréquence d'utilisation d'une méthode de protection/contraception (préservatif masculin, pilule contraceptive, stérilet...) au cours du premier rapport sexuel (93 % des hommes et 95 % des femmes) et du dernier rapport sexuel témoigne de leur bonne connaissance des comportements de prévention des MST et des grossesses non désirées. Plus particulièrement, l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel est importante (environ 80 %) et elle est proche de celle observée dans l'enquête KABP 2001 [3].

D'autres indicateurs attestent en revanche de problèmes de santé, notamment de souffrance psychique

Plusieurs indicateurs témoignent d'une souffrance psychique pour une proportion non négligeable d'étudiants (tableau 2).

Ils sont ainsi plus de 15 % à déclarer des temps de sommeil insuffisants à la fois pendant la semaine et le week-end, et

méthodologie

L'échantillon initial a été constitué par une procédure de tirage aléatoire simple à partir de la base des 200 000 étudiants franciliens affiliés au centre 617.

Un questionnaire auto-administré a été envoyé par voie postale aux 7 885 étudiants tirés au sort.

Outre les caractéristiques socio-démographiques, les thèmes abordés dans ce questionnaire sont le mode de vie, les habitudes de sommeil et d'alimentation, le mal-être, les consommations de produits psychoactifs, la sexualité,

la santé perçue, les accidents et le recours aux soins. Un second envoi a été réalisé à titre de relance.

Parmi les 7 885 étudiants de l'échantillon initial, 24 % des étudiants (n=1887) ont répondu à l'enquête entre mars et juin 2001.

D'autre part, pour chaque étudiant tiré au sort, la consommation de soins présentée au remboursement au cours des 12 derniers mois a été extraite afin de confronter la déclaration de consommation de soins des étudiants avec celle remboursée dans les 12 mois. ■

tableau 1

Perceptions de la santé, des relations avec les parents et des études (en %)

	Hommes	Femmes
Influence sur sa propre santé*	62	63
Ont fait quelque chose pour leur santé**	73	78
Se sentent soutenus par leurs parents	82	86
Se sentent incompris par leurs parents	11	12
Sont satisfaits de la relation avec leur mère	95	93
Sont satisfaits de la relation avec leur père	89	84
Sont satisfaits de leurs études	80	79

* Pense que l'on peut avoir beaucoup d'influence sur sa santé.

** Ont fait quelque chose au cours des 12 derniers mois pour améliorer leur santé.

31 % des hommes et 46 % des femmes indiquent avoir eu des troubles du sommeil au cours du dernier mois.

Par ailleurs, les étudiants semblent plus nombreux que les jeunes de 20-25 ans en population générale [4] à déclarer avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, mais la proportion d'étudiants indiquant avoir déjà fait une tentative de suicide est proche de celle observée en population générale.

La fréquence des comportements alimentaires perturbés chez les étudiants est également très élevée : 18 % des hommes et 29 % des femmes déclarent au moins un comportement alimentaire perturbé au cours des 12 derniers mois.

D'autre part, les étudiants témoignent parfois d'un niveau insuffisant de perception des risques.

Ainsi, parmi les fumeurs occasionnels et quotidiens, les proportions de ceux déclarant avoir essayé d'arrêter de fumer ou indiquant avoir l'intention de s'arrêter

dans les 6 prochains mois ne semblent pas plus élevées qu'en population générale.

Par ailleurs, certaines prises de risques restent importantes : conduite automobile et consommation d'alcool, insuffisance du port du casque à vélo et de la ceinture de sécurité, surtout à l'arrière, gestion inadéquate des moyens de contraception (8,8 % d'IVG).

Un recours fréquent et régulier aux soins, plus fréquent chez les femmes que chez les hommes

La quasi-totalité des étudiants ont eu au moins un contact avec le système de soins au cours des 12 derniers mois, essentiellement le médecin généraliste, qu'ils considèrent pour la plupart comme leur médecin traitant et auquel ils ont recours à plusieurs reprises, en moyenne 2,9 consultations pour les hommes et 3,9 consultations pour les femmes.

Le recours à un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois concerne également un grand nombre d'étudiants, bien

davantage les femmes que les hommes : 61 % d'entre elles ont consulté un gynécologue (78 % parmi celles qui ont déjà eu un rapport sexuel), 49 % un ophtalmologiste et 37 % un dermatologue. Le recours à ces deux derniers spécialistes concerne 28 % et 34 % des hommes.

Un psychiatre ou un psychologue a été consulté par 5 % des hommes et 9 % des femmes.

Près de 10 % des hommes comme des femmes ont été hospitalisés, plus de la moitié de ces hospitalisations étaient programmées. Les femmes sont davantage hospitalisées pour cause de maladie (23 % des femmes contre 9 % des hommes) ou pour une chirurgie dentaire (19 % des femmes contre 7 % des hommes).

Par contre, les hommes le sont davantage pour cause d'accidents, notamment de sport (18 % des hommes contre 5 % des femmes) ou de la circulation (7 % des hommes contre 2 % des femmes).

Enfin, le recours à un service d'urgences au cours des 12 derniers mois est très fréquent puisqu'il concerne près de 1 étudiant sur 5 ; parmi eux, 7 % considèrent d'eux-mêmes que ce recours était injustifié (tableau 3).

Une mauvaise connaissance des dispositifs de protection sociale

Malgré un recours fréquent aux soins, les étudiants méconnaissent les outils de protection sociale facilitant ce recours :

- 26 % des hommes et 22 % des femmes ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire. Ce faible taux de mutualisation laisse supposer que certains étudiants ne connaissent pas la possibilité de recours à la CMU complémentaire et/ou l'intérêt d'une couverture complémentaire à la sécurité sociale,

- l'usage de la carte Vitale et du tiers payant reste encore marginal, alors que leur utilisation permet dans certains cas d'éviter une avance de frais des soins prodigués.

Il serait d'autant plus nécessaire aux étudiants de mieux connaître les dispositifs de protection sociale que de fortes proportions d'entre eux disent renoncer à des soins pour raisons financières (15 % des hommes, 30 % des femmes) ou demandent des délais de paiement pour des soins.

Ces demandes de délais concernent 12 % des femmes et 6 % des hommes.

Certains soins qui font l'objet de ces

tableau 2

Indicateurs de souffrance psychique (en pourcentage)

	Hommes	Femmes
Sommeil insuffisant*	17	19
Troubles du sommeil 30 jours**	31	46
Troubles alimentaires 12 mois***	18	29
Pensées suicidaires 12 mois	9	15
Tentatives de suicide	3	7

* Estimer ne pas dormir suffisamment pendant la semaine, ni pendant le week-end.

** Au moins 2 troubles du sommeil au cours des 30 derniers jours parmi : difficultés d'endormissement, réveils fréquents la nuit, réveils précoces à l'aube, insomnies et autres.

*** Au moins 1 comportement alimentaire perturbé au cours des 12 derniers mois parmi : manger énormément avec de la peine à s'arrêter, se faire vomir volontairement, redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter, manger en cachette, ne pas manger à sa faim.

tableau 3

Recours aux soins au cours des 12 derniers mois (en pourcentage)

	Hommes	Femmes	p**
Médecin généraliste	84	89	s
Nombre moyen de consultations	2,9	3,9	s
Médecin spécialiste*	59	88	s
Hospitalisation	9	10	ns
Intervention chirurgicale	9	11	ns
Services d'urgences	18	21	ns
Chirurgien dentiste	53	61	s

* Consultation d'ophtalmologie, gynécologie, psychiatrie et dermatologie.

** s test statistique significatif entre les hommes et les femmes ; ns test non significatif.

demandes sont intégralement remboursés avec une couverture mutuelle comme les consultations chez les médecins généralistes. Mais la plupart des demandes concernent des soins dont une partie importante du coût reste à charge de l'assuré, les soins dentaires par exemple. Paradoxalement, les étudiants semblent renoncer un peu moins aux soins de lunetterie.

Ces faibles taux de remboursement semblent constituer un obstacle à l'accès aux soins.

Ces demandes de délais de paiement ou ces renoncements aux soins pour raisons financières sont d'autant plus fréquents que les étudiants sont âgés et que leur recours aux soins est régulier.

Le renoncement à des soins est fortement lié au fait de ne pas bénéficier d'une mutuelle, particulièrement chez les femmes.

L'utilisation du système de soins est-elle adéquate ?

Le fort recours au système de soins, la

méconnaissance de certains aspects de ce système posent la question de son utilisation adéquate et rationnelle.

On constate, en effet, une attitude consumériste à l'égard de ce dispositif concernant notamment les médicaments, comme en témoignent :

- une consommation importante de médicaments (au cours des 30 derniers jours) pour des jeunes *a priori* en bonne santé puisqu'elle concerne, hors pilule contraceptive, antalgiques mineurs et vitamines, 9 femmes sur 10 et 7 hommes sur 10 ;

- un recours important à l'automédication (au cours des 30 derniers jours), de médicaments uniquement accessibles sur ordonnance qui concerne 6 % des hommes et 3 % des femmes pour les antibiotiques et 2 % des hommes et 3 % des femmes pour les anxiolytiques ;

- une consommation très élevée d'antibiotiques : un tiers des étudiants a pris un traitement antibiotique (prescrit par un médecin) au cours des 30 derniers jours.

Cette forte prescription amène également

à s'interroger sur les pratiques des professionnels de santé, dans un contexte où les standards de prescriptions d'antibiotiques sont de plus en plus ciblés.

Par ailleurs, on peut s'interroger sur la fréquence du recours aux services des urgences hospitalières et de garde qui concerne 20 % des étudiants enquêtés.

Enfin, on constate que certains standards de recours aux soins ne semblent pas être respectés tel que le recours annuel chez le dentiste ou chez le gynécologue pour les femmes.

Conclusions

Les étudiants paraissent en bonne santé et ont dans l'ensemble une bonne perception de leur santé qui les amène à un recours aux soins important, peut-être excessif, notamment en ce qui concerne la consommation de médicaments ou l'utilisation des services d'urgences.

Ils semblent souffrir de stress et de mal-être, comme en témoignent les fréquences élevées des troubles du sommeil, des pensées suicidaires et des conduites alimentaires perturbées. Certains domaines (prévention des accidents,...) ne semblent pas être suffisamment pris en compte.

Les thèmes à développer pour les étudiants sont les mêmes que pour les autres jeunes, toutefois il semble important de cibler spécifiquement :

- la prévention des accidents et la

réduction de la gravité des accidents de la circulation et de sport, en ciblant les situations à risques telle la consommation d'alcool, de cannabis avant la conduite automobile ;

- la prévention des risques liés aux consommations de produits psychoactifs, notamment de médicaments psychostimulants et anxiolytiques ;

- l'information et l'orientation des étudiants en matière de santé mentale, dans un contexte où le dispositif de prise en charge existant pour les étudiants est limité et où l'analyse de sa pertinence semble également capitale ;

- la prévention des conduites à risques en matière de sexualité, en privilégiant notamment l'information et l'accessibilité à la contraception et à la pilule du lendemain.

Pour mettre en place ces orientations, les messages et actions de prévention devraient tenir compte :

- de la cohérence des messages d'information et de prévention délivrés ;

- de la nécessité d'encourager les professionnels de santé à diffuser des messages brefs de prévention, mode de diffusion efficace de l'information ;

- du fait que les femmes, particulièrement sensibles à leur santé, se révèlent être d'excellents relais de la prévention.

Pour améliorer la connaissance du dispositif de soins et son utilisation par les étudiants, il conviendrait de les

informer sur les possibilités de couverture complémentaire et sur les bons usages des médicaments. Cependant, quant à la mauvaise utilisation du système de soins, il faudrait, avant de mener des actions auprès des étudiants, avoir une réflexion sur les critères de pertinence d'un recours aux soins adéquat.

Enfin, il serait nécessaire de développer des études plus spécifiques, notamment sur la santé mentale, sur les accidents et sur les filières de soins empruntées. ■

références

1. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves : CFES, 1999.
2. Choquet M., Ledoux S., Hassler C. *Alcool, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée, ESPAD 99 France*, Inserm U472, 2001.
3. Grémy I., Beltzer N., Vongmany N., Chauveau J., Capuano F. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en France, évolutions 1992-1994-1998-2001*. 2001.
4. Guilbert Ph., Baudier F., Gautier A. *Baromètre santé 2000*. Vanves : CFES, 2001.

alcoologie addictologie

2002 ; 24 [4] : 297-404

Éditorial

- L'Inserm se mobilise, *Christian Bréchet*

Mémoires

- Qu'est-ce que le co-alcoolisme ? *David Tordeurs, Pascal Janne, Audrey Kinappe, Nathalie Kirch, Christine Reynaert, Jean-Paul Roussaux*
- Ecstasy et réduction des risques. La place du testing et des analyses de substances, *Jean-Michel Delile, Jean-Pierre Gachie*

- Alcoolisation au koutoukou en Côte d'Ivoire, *Pékani Antoine Camara*

- Hypnothérapie en alcoologie. À propos de deux cas, *Joanic Masson*

- Devenir des patients après un sevrage d'alcool. Analyse comparative dans quatre centres de soins hospitaliers, *Bertrand Nalpas, Bruno Pierre, Thierry Ledent, Claudine Gillet, Sandrine Martin, Didier Playoust, Thierry Danel, Marie-Cécile Bozonnat, Jean-Pierre Daurès, Jean-Louis Balmès*

Mise au point

- Les thérapies comportementales et

cognitives dans les conduites d'alcoolisation, *Philippe Tison*

Pratique clinique

- Intervention d'une équipe de liaison et de soins en addictologie au décours d'une ivresse, *Pascal Bérenger*

Varia

- Quelques repères pour une histoire de l'ivresse, *Gilbert Garrier*

Libres propos de...

- *Jean-Pierre Marten*, Appeler l'alcoolique par son nom (propre)
- *Bernard Hillemand*, Choix et définition des termes essentiels de la pratique alcoologique

Note technique

- La rechute tabagique. Un échec ou un apprentissage nécessaire ? *Henri-Jean Aubin, Nadine Meunier*

Congrès

- 5^{es} journées nationales de tabacologie, juin 2002, Toulouse

Vie de la SFA

- Conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse, 10 et 11 octobre 2002, Paris
- Groupes. Prochaines réunions. Nouveaux membres. Adhésion.

Informations

- Thèses et mémoires. Enseignement. Actualités. Livres. Agenda.
- Index 2002

Alcoologie et addictologie, Pr Jean-Dominique Favre, 101, avenue Henri-Barbusse, 92141 Clamart Cedex. Téléphone et télécopie : 01 41 46 69 51

Institut de recherche pour le développement

Sigle

IRD (ex-Orstom)

Statut

L'IRD est un établissement public à caractère scientifique et technologique sous la double tutelle des ministères chargés de la Recherche et de la Coopération.

Historique

1944 : Création de l'Orstom
 1984 : Devient établissement public à caractère scientifique et technologique
 1998 : L'Orstom est rebaptisé IRD (Institut de recherche pour le développement)

Chiffres clés

Un budget de 177 millions d'euros
 2 187 agents, dont plus de 800 chercheurs
 97 unités de recherche et de service
 35 implantations en France métropolitaine, dans les Dom-Tom, en Afrique, en Amérique latine et en Asie.

5 départements scientifiques

Ressources vivantes
 Milieux et environnement
 Sociétés et santé
 Expertise et valorisation
 Soutien et formation

Coordonnées

Institut de recherche pour le développement
 213, rue La Fayette
 75480 Paris Cedex
 Téléphone : 01 48 03 77 77
 Télécopie : 01 48 03 08 29
www.ird.fr

3 missions fondamentales

L'IRD remplit trois missions fondamentales : la recherche, l'expertise et la formation. Ses programmes de recherche sont centrés sur les relations entre l'homme et son environnement dans les pays du Sud, dans l'objectif de contribuer à leur développement durable.

Une coopération internationale active

L'IRD conduit ses activités en liaison avec des universités, des grandes écoles, des établissements privés et publics de recherche tant en France que dans les pays en développement. Engagé dans de nombreux programmes scientifiques européens et internationaux, il entreprend ses recherches en étroite concertation avec ses pays partenaires.



Institut de recherche pour le développement

Un axe majeur : la santé dans les pays en développement

Les programmes scientifiques menés par l'IRD dans le domaine de la santé concernent essentiellement les pathologies infectieuses (à transmission vectorielle ou non) qui représentent un problème de santé publique dans les pays en développement ; ils sont principalement entrepris sur le paludisme, l'infection par VIH, les trypanosomoses africaines et américaines, la tuberculose et les arboviroses.

Ces recherches sont menées à tous les niveaux de la chaîne de transmission (hôtes, agents pathogènes, vecteurs ou réservoirs lorsqu'ils interviennent). Qu'elles soient fondamentales (compréhension des mécanismes de transmission) ou plus appliquées (essais médicamenteux et vaccinaux, lutte anti-vec-

torielle), elles ont pour objectif l'amélioration des méthodes de lutte.

L'étude des pathologies de la nutrition tout comme les aspects socio-anthropologiques et démographiques de la santé dans les pays en développement occupent également une place importante. L'une des spécificités de l'IRD est l'approche multidisciplinaire de ses recherches, qui impliquent des médecins, des biologistes et des chercheurs en sciences sociales.

Entreprises au sein de 16 unités de recherche et de service, les activités de l'IRD en matière de santé mobilisent 144 chercheurs, ingénieurs et techniciens. Elles sont effectuées en étroite collaboration avec des équipes scientifiques nationales en Amé-

rique latine (Brésil et Bolivie), en Afrique (Sénégal, Cameroun, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Kenya, Niger), Asie (Thaïlande, Vietnam), ainsi que dans les Dom-Tom (Guyane, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française).

Accidents de la route

des handicaps et des décès évitables


Dossier coordonné par
Pascale Gayraud
Médecin de santé publique,
consultante

dossier

Problème de transport au premier abord, les accidents de la route constituent également un problème de santé publique : de santé par ses conséquences humaines, de santé publique car tout le monde utilise la route et risque sa santé et sa vie quotidiennement. En outre, avec entre 7 000 et 8 000 morts, et plus de 4 000 handicapés lourds par an (estimation à partir des données du Registre du Rhône), concernant en premier lieu les jeunes, c'est un des rares domaines en santé publique où d'importants progrès peuvent encore être réalisés. Reste que la tâche est ardue et que les dernières politiques menées n'ont pas eu l'effet escompté, la courbe du nombre de tués ne baissant pas depuis six ans. De façon individuelle, des médecins, des professionnels de santé directement touchés ou confrontés à des victimes et à leurs familles se sont intéressés au problème depuis longtemps. Mais bizarrement la santé publique a peu investi ce champ. Pourtant, l'expérience acquise dans le domaine des comportements à risques, dans celui des accidents du travail ou de la vie courante et en matière d'approches de prévention est sans doute précieuse pour ouvrir de nouvelles pistes stratégiques.

Mieux connaître ce problème et ses multiples déterminants, en identifier les acteurs, nombreux et dispersés, en comprendre le contexte et les enjeux, chasser quelques idées reçues comme « *les accidents interviennent surtout quand le trafic est dense, quelques km/h de plus, ce n'est pas bien dangereux...* » est le premier objectif de ce dossier.

Grâce à la contribution d'auteurs d'horizons variés, le deuxième objectif est de croiser les regards, de générer des idées, de poser les problèmes autrement (*pourquoi ne pas aborder ensemble tous les risques et les nuisances générés par les véhicules routiers et s'attacher à modérer la dépendance automobile ?*) et de donner à entendre des questions essentielles (*la sécurité intrinsèque d'une voiture ne dépend-elle pas aussi de sa vitesse maximale, compte tenu de ce que l'on sait des comportements humains ?*).

Un regret, n'avoir pu dans ce dossier donner la parole à tous les acteurs, un espoir, que ce dossier ait des suites et aide demain à rendre nos routes plus sûres. 

L'importance du problème et son contexte

Ayant provoqué près de 8 000 morts en 2001 et plus de 150 000 blessés, dont 26 000 blessés graves, l'insécurité routière demeure un fléau français. Responsable numéro 1 : l'alcool, suivi par la vitesse. Les jeunes continuent d'être les premiers touchés, représentant 27 % des tués.

Les grandes données de l'accidentologie

Jean Chapelon
Secrétaire général
de l'Observatoire
national
interministériel de
sécurité routière

Nos connaissances générales des accidents et de leurs causes découlent pour l'essentiel des fiches BAAC*, qui sont remplies par les forces de l'ordre après chaque accident corporel. Ce fichier donne un grand nombre de données sur les circonstances (date, lieu, météo...), les voies (catégories, géométrie, état), les véhicules (catégories, obstacles heurtés, etc.) et les usagers impliqués (y compris port de la ceinture, alcoolémie). Sauf indications contraires, les données présentées ici sont des données 2001 qui ont été publiées en détail dans *La sécurité routière en France : bilan de l'année 2001* [18]**.

Une nécessité : évaluer le risque

La plus grande difficulté méthodologique, dans le domaine de l'accidentologie, consiste à ne pas se contenter de mesurer la fréquence des accidents mais à évaluer le risque c'est-à-dire la fréquence des accidents rapportés à l'exposition au risque qui est souvent le nombre de kilomètres parcourus, mais qui peut être une autre variable***. C'est souvent là que

* Bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation.

** Le lecteur intéressé pourra aussi se reporter au site de l'Observatoire : www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/observatoire.

*** Par exemple le nombre de coups de téléphone passés, pour ce qui concerne le risque causé par l'utilisation du téléphone portable au volant.

les données manquent ou sont imprécises, et c'est la raison pour laquelle il faut recourir à un certain nombre d'enquêtes complémentaires pour avoir les informations sur les trajets parcourus.

Le plan adopté reprend les paramètres les plus couramment analysés que sont le mode de déplacement (véhicule léger [VL], poids lourd [PL] ...), les caractéristiques de l'usager (âge, sexe ...), la localisation (type de réseau : autoroute, route nationale...; les différences locales), le moment (mois, jour, heure) et l'infraction (alcool, vitesse, port de la ceinture).

Le mode de déplacement

Les enjeux : les VL, les deux-roues et les piétons

L'évolution dans le temps de la répartition des tués par modes de déplacement (tableau 1) résulte en grande partie de l'évolution de ceux-ci : baisse de la proportion

tableau 1

Répartition des tués selon le mode de déplacement en 1991 et 2001 (en %)

	1991	2001
Piétons	13,8	10,1
Cyclistes	3,8	3,1
Cyclomotoristes	5,2	5,5
Motocyclistes	10,2	13,1
Usagers de véhicule léger	62,3	64,7
Usagers de poids lourd	1,6	1,8
Autres usagers	3,1	1,7

Les « autres » modes de déplacement sont principalement les camionnettes, les voitures et les autocars.

Les références
entre crochets
renvoient à la
bibliographie p. 66.

de tués piétons et cyclistes ; hausse de celle des usagers de voitures de tourisme et des motocyclistes.

L'importance du risque des deux-roues

Le risque particulier des motocyclettes est près de six fois supérieur à celui des VL. Si l'on tient compte du kilométrage parcouru, le risque relatif monte à près de quatorze (tableau 2).

Le risque particulier des motocyclettes et de l'âge sont particulièrement corrélés : les jeunes choisissent la moto à cause du risque (87 % des tués à moto ont entre 15 et 44 ans) et la pratique de la moto par des usagers plus intrépides augmente le risque des motos. Les motos de 125 cm³ ont un taux de tués plutôt inférieur à celui des autres motos.

Le cyclomoteur est d'abord un mode de déplacement des jeunes de 15 à 24 ans, qui représentent 54 % des tués avec des cyclomoteurs. Toutefois le parc est en diminution.

Les poids lourds sont moins impliqués dans les accidents corporels que les autres véhicules (ils représentent 6,3 % des kilomètres parcourus et seulement 3,8 % des véhicules impliqués), mais plus dans les accidents mortels (8,4 % des véhicules impliqués) qui font 13 % des tués (dont 1,8 % sont des occupants du PL). Globalement le trafic PL augmente comme celui des véhicules légers, par contre le trafic des poids lourds étrangers, qui ne posent pas de problèmes spécifiques de sécurité, augmente lui deux fois plus vite (25 % sur cinq ans au lieu de 12 %), pour atteindre près de 20 % du trafic poids lourds.

On ne connaît pas le kilométrage parcouru à bicyclette mais on sait que la pratique a notablement augmenté, notamment avec le développement des VTT.

Les piétons victimes d'accidents de la route sont d'abord un phénomène urbain : deux tiers des piétons tués le sont en ville, alors que pour les autres victimes le taux est d'un tiers.

Les caractéristiques de l'usager

En fonction de l'âge

Sur la figure 1, on constate l'importance du risque pour les jeunes de 15 à 24 ans, et la plus forte gravité des accidents des plus de 65 ans.

Les jeunes de 18 à 24 ans se tuent proportionnellement plus la nuit (59 % contre 42 % pour le reste de la population) et le week-end (40 % contre 33 %)

En fonction du sexe

Sur la figure 2, on observe l'importance de la sous-estimation du risque et/ou de la volonté de prise de risque chez les hommes en général et chez les jeunes garçons en particulier.

Les jeunes

Les 0 à 14 ans sont de manière importante des usagers vulnérables : environ 36 % des victimes dans cette classe d'âge sont des piétons ou des cyclistes.

Un grand nombre d'enquêtes ou d'études sociologiques confirment l'attitude spécifique des jeunes, et en particulier des jeunes garçons, en matière de prise

de risques. Les 15-24 ans représentent 13 % de la population, mais 26,9 % des tués sur la route et près de 39 % du total des pertes d'années de vie humaine. La route est la première cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans (plus de 40 % des causes de décès pour les jeunes garçons de 15-19 ans). On

tableau 2

	Tués par million de véhicules	Kilométrage moyen
Cyclomoteurs	300	
Motocyclettes	992	5 250
Voiturettes	164	
Véhicule léger	174	14 000

figure 1

Nombre de victimes (tués et blessés) et de tués par million d'individus selon l'âge

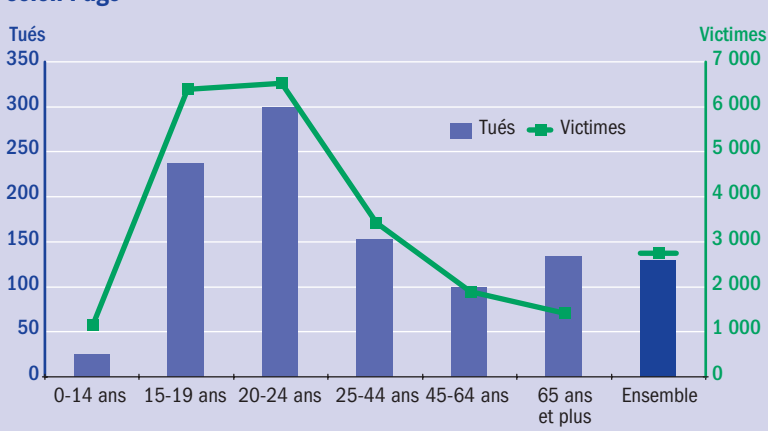
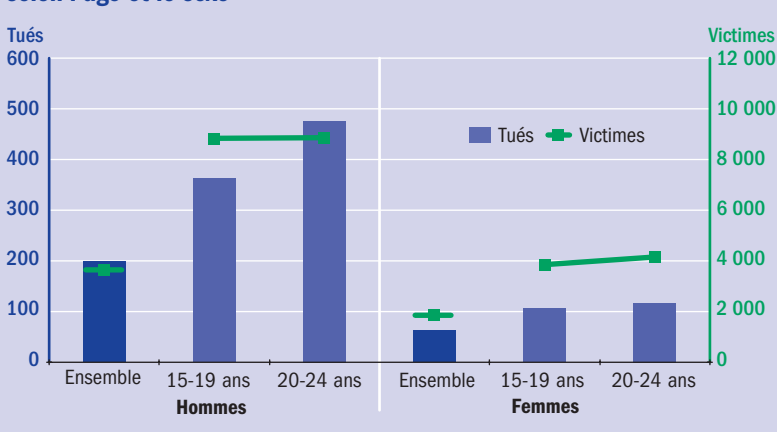


figure 2

Nombre de victimes (tués et blessés) et de tués par million d'individus selon l'âge et le sexe



retrouve d'ailleurs une différence entre les sexes dès les plus jeunes tranches d'âge (0-4 ans)

Les femmes

Pour le même nombre de kilomètres parcourus au volant, les femmes ont 2,6 fois moins de risque d'être tuées et sont 9,3 fois moins condamnées pour des délits.

Les personnes âgées

Les personnes âgées ont moins d'accidents mais ils sont plus graves alors même qu'elles n'utilisent pas de moyens de déplacement rapides : les 65 ans et plus représentent 41 % des tués piétons et 36 % des tués cyclistes.

Conducteurs

On estime à environ 36 200 000 le nombre de personnes qui se servent effectivement de leur permis de conduire*.

L'ancienneté du permis

L'ancienneté du permis de conduire joue un rôle : plus d'un conducteur sur cinq tués a un permis depuis moins de deux ans.

Les étrangers

Les étrangers représentent environ 7 % des tués.

La localisation : le type de réseau, les différences locales

Par réseau

Le tableau 3 montre d'une part l'importance du trafic sur autoroutes et la proportion relativement faible des accidents qui y surviennent et d'autre part l'importance des routes nationales et routes départementales du point de vue des accidents et des tués, avec un linéaire considérable, ce qui rend plus difficile à la fois la surveillance de ce réseau et sa sécurisation.

tableau 3

Répartition entre réseaux du kilométrage, du trafic, des accidents et des tués (en %)

	Kilomètre	Trafic	Accidents	Tués
Autoroutes	1,0	20,3	6,0	6,0
Réseau national	2,6	17,3	14,6	24,5
Réseau départemental	36,4	36,3	31,3	53,6
Autres	60,0	26,1	48,1	16,0

Il permet de comprendre l'importance de la densité (nombre d'habitants au km²) dans toute comparaison spatiale (entre départements ou entre pays). Les départements denses ont plus d'autoroutes qui sont plus congestionnées, ont plus de transports collectifs et les vitesses sont plus lentes**.

* Résultat calculé à partir de l'enquête annuelle de la Sofres sur 10 000 ménages.

** À titre d'exemple, signalons qu'un transfert de 1 % du trafic entre le réseau de rase campagne et le réseau autoroutier entraîne une baisse de 1 % du nombre des tués.

Les autoroutes

Les autoroutes sont 4,4 fois moins dangereuses que les routes nationales (taux de tués pour 100 millions de km parcourus de 0,41, alors que les routes nationales ont un taux de 1,79). En dix ans, les deux réseaux ont vu ce taux divisé par 2*.

Suivant les études menées par les sociétés d'autoroutes, 40 % des tués sur autoroutes n'avaient pas leur ceinture**, 43 % des accidents corporels sont des collisions arrière ou en chaîne. Une étude de l'Inrets a montré l'importance des distances intervéhiculaires extrêmement faibles : en trafic moyen sur autoroute, près de 50 % des véhicules sont au-dessus de la vitesse limite et à moins d'une seconde du véhicule qui les précède. Les accidents en contresens sont très rares (0,7 % des accidents) mais très graves (41 tués pour 100 accidents). Il n'y a pas de différence entre les autoroutes de dégagement et de liaison, alors que les premières supportent beaucoup plus de trafic et en conséquence devraient normalement être beaucoup plus sûres.

La rase campagne

Les routes de rase campagne, qui sont caractérisées à la fois par une facilité de trafic qui autorise des vitesses élevées et un faible niveau de surveillance, représentent le plus grand enjeu en matière de sécurité : plus de 61 % des tués pour les routes bidirectionnelles de rase campagne. Un des grands facteurs des décès en rase campagne sont les obstacles latéraux : 2 134 tués (dont 947 sur des arbres ou des poteaux). Les enquêtes détaillées d'accidents ont montré l'importance des zones de récupération dans les virages, c'est-à-dire des surlargeurs sur les bas-côtés aménagées de façon à ce que l'automobiliste puisse rectifier sa trajectoire dans le virage.

Le milieu urbain

En ville, le phénomène de la densité se vérifie aussi puisqu'on observe que la gravité de l'accidentologie diminue très sensiblement en fonction de la taille de l'agglomération. Les victimes sont les usagers vulnérables : deux-roues légers (bicyclettes et cyclomoteurs), piétons et personnes âgées. Les voies principales représentent 10 % du linéaire et 50 % des accidents.

Les indicateurs d'accidentologie locale

Le ratio tué pour un million d'habitants va de 31 pour les Hauts-de-Seine à 273 pour le Gers. Ce ratio est en effet très dépendant du caractère urbain ou non des départements. Les indicateurs d'accidentologie locale mis au point au sein de l'Observatoire essaient de tenir compte de l'exposition au risque suivant les différents types de réseaux (autoroutes, routes de rase campagne, zones urbaines). Ils ont permis de montrer que le risque relatif entre départements varie de 1 à 3 :

* -48 % pour les autoroutes et -45 % pour le réseau national.

** Ce qui n'est pas incohérent avec la statistique générale de 10 % de personnes non attachées tous réseaux confondus aux places avant, car la proportion augmente aux places arrière et au niveau des tués.

les départements urbains et de montagne présentent un sous-risque ; les départements de plaine de transit présentent un sur-risque.

Les circonstances (mois, jour, heure, motif)

En fonction du mois

Il y a une saisonnalité dans les séries mensuelles, avec des mois d'hiver (janvier à mars) à faible niveau d'accidentologie suivis d'une remontée au printemps qui culmine au cours de l'été avec une descente progressive au cours de l'automne (non confirmée en 2001) (figure 3).

Cette évolution est pour partie due à l'évolution du trafic et pour partie aux conditions météo.

L'effet météo

L'effet météo d'un mois donné par rapport à la moyenne saisonnière du mois peut être important (de l'ordre de 5 à 6 %).

L'effet météo est assez complexe : le mauvais temps joue positivement parce qu'il diminue la circulation, mais les premières phases de pluie sont accidentogènes.

En fonction du jour de la semaine

Les jours de début semaine ont une moyenne plus basse que les jours de fin de semaine : les week-ends de grande circulation ont des moyennes plus faibles qu'un week-end ordinaire (figure 4).

Autres paramètres

- *En fonction de l'heure* : la nuit représente moins de 10 % du trafic mais 37 % des blessés graves et 46 % des tués : ce sur-risque est principalement dû au plus fort taux d'alcoolémie durant la nuit,
 - 75 % des victimes sont locales*,
 - 75 % des victimes également le sont lors d'un trajet « habituel » (domicile-travail ou école, ou course-achat + loisir à l'intérieur du département).
- *Conditions de l'accident* : 21 % des accidents concernent un véhicule seul sans piéton, 15 % un véhicule seul avec un piéton, 10 % sont des collisions frontales,
 - plus de 90 % des accidents mortels n'ont qu'un mort ; moins de 0,5 % des accidents mortels ont plus de trois morts,
 - 60 % environ des victimes tuées ne sont pas responsables : piétons, occupants non-conducteurs, conducteurs non responsables**.

Les infractions

L'alcool

Par rapport à la vitesse, la consommation d'alcool est un comportement beaucoup plus rare mais qui a un effet beaucoup plus grand sur l'accidentologie puisque la proportion des conducteurs qui dépassent la dose légale passe de 1,5 % lors des contrôles préventifs à 17 % en moyenne lors des accidents mortels***. On

* Soit des piétons soit des occupants d'un véhicule immatriculé dans le département.

** Hypothèse étant faite d'un responsable seulement par accident et que la répartition de tués et non-tués est la même parmi les responsables et les non-responsables.

figure 3

Nombre de tués selon le mois

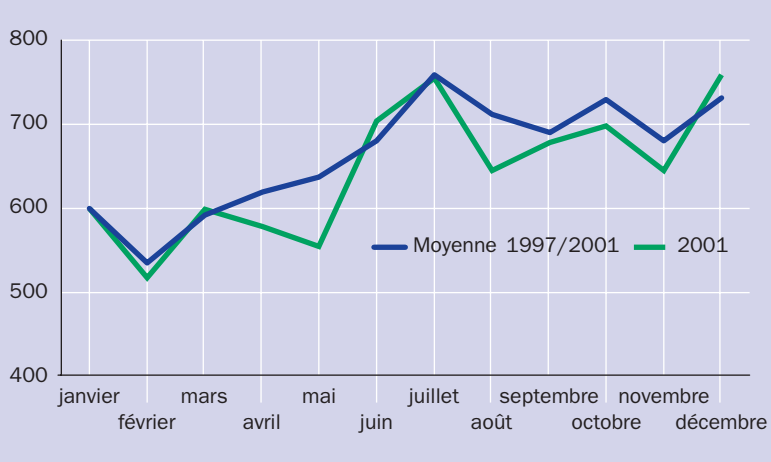
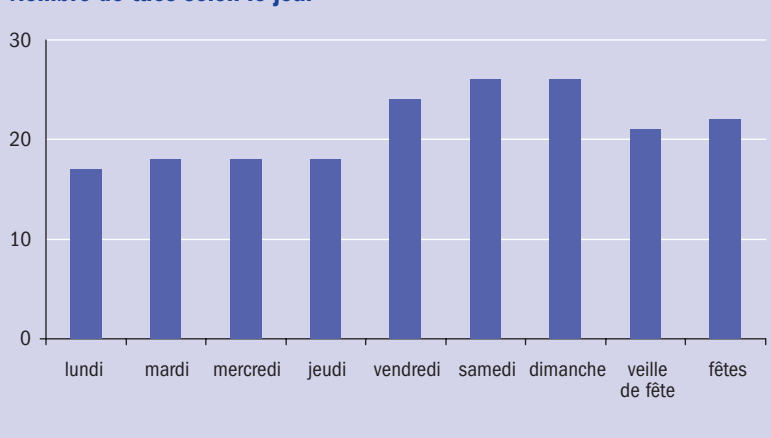


figure 4

Nombre de tués selon le jour



estime à 28 % le nombre de vies sauvées si tous les conducteurs respectaient les limitations en matière de consommation d'alcool.

La ceinture

Le taux de port de la ceinture a beaucoup progressé au cours des dernières années, notamment à partir du moment où le non-port de la ceinture a été sanctionné par le retrait d'un point de permis. En 2001, le taux global de port de la ceinture pour les places avant des véhicules légers, tous réseaux confondus, milieu urbain comme rase campagne, s'est élevé à plus de 91 %. Il était de 80 % il y a dix ans. C'est sur autoroute que le taux de port est le plus élevé, avec 97 %. Il se situe désormais aux environs de 80 % en agglomération.

On estime par ailleurs à au moins 800 le nombre

*** Il s'agit du taux moyen des conducteurs que l'on a pu tester, mais d'une part des études particulières ont montré que ce taux est maintenu lorsqu'on allait rechercher l'alcoolémie obtenue par des analyses et d'autre part ce taux concerne tous les conducteurs et non les seuls présumés responsables.

de vies sauvées si tous les occupants bouclaient leur ceinture.

La vitesse

Le dépassement des limitations de vitesse est un comportement de masse puisque c'est le cas de 60 % des automobilistes et des conducteurs de poids lourds et de 65 % des motocyclistes, tous réseaux confondus. Les dépassements de plus de 10 km/h de la vitesse limite autorisée sont encore nombreux, aux environs de 30 % pour les véhicules de tourisme et les poids lourds et près de 50 % pour les motos.

C'est en ville que les taux de dépassement des limitations est le plus élevé avec près de 80 % sur les voies d'entrée/sortie d'agglomération. On a d'autre part tendance à rouler plus vite de nuit, surtout en milieu urbain.

Le permis à points

3 180 578 points ont été retirés à 1 214 175 conducteurs (infraction moyenne de 2,6 points) ; 13 410 permis ont été retirés pendant que 768 398 conducteurs retrouvaient leur capital de 12 points après trois années sans infractions.

Le téléphone portable

Sauf exception, il n'est pas possible aux forces de l'ordre qui remplissent le BAAC de dire que le téléphone portable a pu jouer un rôle dans un accident. La seule étude de référence dans ce domaine a procédé par l'analyse de la fréquence des communications au moment de l'accident : elle a conclu à une multiplication du taux d'accident par près de 4.

L'efficacité du contrôle sanction


Le contrôle de l'alcoolémie a fortement progressé au cours des dix dernières années puisqu'il a triplé : près de 7 millions de dépistages préventifs pratiqués en 2001. Par contre, les contrôles de vitesse ont, à trafic constant, diminué de 30 % depuis dix ans. Le nombre d'infractions constatées par million de kilomètres parcourus 10 km/h au-dessus de la vitesse limite est de 7,2. 

tableau 4

Risque comparé des modes de transport pour la période 1996-2000

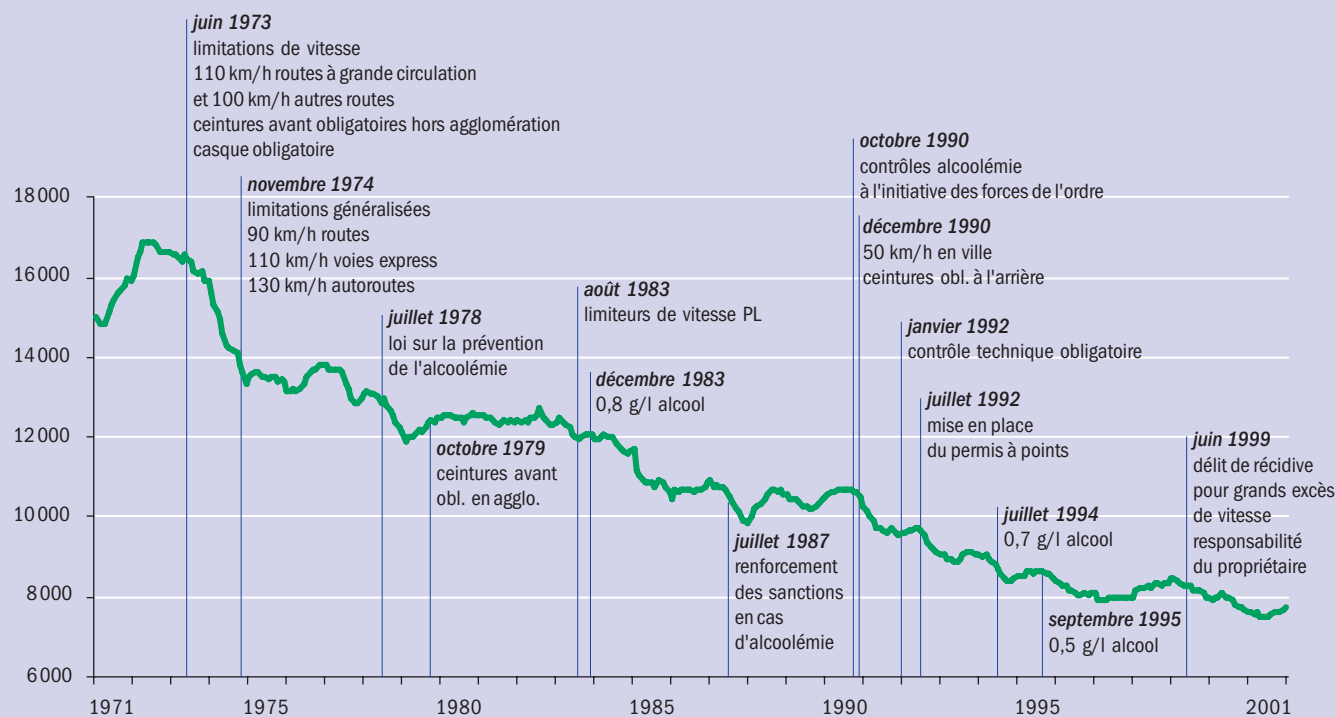
	Nombre de tués*	Nombre de passagers par km (en milliards)*	Nombre moyen de tués pour 1 milliard de passagers par km
Transports aériens	32,2	111,2	0,29
Transports ferroviaires	15,2	64,5	0,24
Transports routiers (véhicules particuliers)	5 193,40	677,6	7,66

On peut estimer, avec prudence, que sur les années 1996 à 2000 le train est 1,2 fois plus sûr que l'avion et 32 fois plus sûr que l'automobile.

* Moyenne 1996-2000.

figure 5

Évolution du nombre de tués 1970-2001 (moyenne glissante sur 12 mois)




Les mesures de réglementation de la circulation prises depuis 30 ans (notamment les limitations de vitesse, le taux d'alcoolémie et le port de la ceinture) expliquent en partie l'évolution du nombre de tués sur les routes.

Les handicaps liés aux accidents de la route **Les données de l'enquête HID**

Aucun chiffre ne permet de suivre dans le temps le nombre de handicaps générés par les accidents de la route. L'enquête HID (handicaps-incapacités-dépendance) réalisée par l'Insee en 1998-2001 permet d'estimer ce nombre en France. Elle utilise une approche plus sociale que médicale, s'attachant aux conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes.

La collecte des données a été réalisée en quatre vagues. La première vague a concerné 14 600 personnes résidant ou soignées dans des institutions socio-sanitaires ou psychiatriques. La seconde a concerné 16 900 personnes vivant en milieu ordinaire. Deux autres passages ont été réalisés auprès de ces groupes afin

d'évaluer les évolutions des situations individuelles.

Environ 740 000 personnes déclarent souffrir d'au moins une déficience causée par un accident de la circulation, dont près de la moitié sont des déficiences motrices. Les déficiences les plus souvent déclarées sont les déficiences du tronc (39 personnes sur 100), puis les déficiences motrices d'un membre. Les déficiences intellectuelles ou psychiques sont également assez fréquentes, puisque 13 personnes sur 100 ayant au moins une déficience causée par un accident de la route en déclarent. 

Lecture : Une même personne peut déclarer plusieurs déficiences. La somme dépasse donc 100 %.

* Les déficiences sont des pertes (amputations, scléroses...) ou dysfonctionnements des diverses parties du corps ou du cerveau.

Répartition des déficiences* parmi les personnes déficientes à la suite d'un accident de la circulation routière (en %)

Déficience motrice des deux membres inférieurs	5
Déficience motrice des quatre membres	1
Déficience motrice d'un membre supérieur et d'un membre inférieur	1
Déficience motrice d'un membre supérieur	11
Déficience motrice d'un membre inférieur	19
Autre déficience motrice des membres	6
Déficience du tronc	39
Déficiences motrices non précisées	2
Déficiences visuelles	7
Déficiences auditives	12
Déficience du langage ou de la parole	1
Déficiences métaboliques	9
Déficiences intellectuelles ou psychiques	13
Autres déficiences	12

Source : Drees, enquête HID, Insee

Vanessa Bellamy
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Les handicaps liés aux accidents de la route **Estimation à partir d'un registre départemental**

Dans le département du Rhône (1 579 000 habitants), fonctionne un enregistrement continu des victimes d'accidents de la circulation routière, comprenant une description de leurs lésions. Cette base de données, initiée en 1995, existe grâce à la participation de l'ensemble des services de secours et de soins de la région, qui signalent au registre toute personne consultant à la suite d'un accident de la circulation sur une voie publique ou privée du département (accident impliquant au moins un moyen mécanique de locomotion, y compris planche ou patins à roulettes). Chaque lésion est codée selon l'échelle AIS (*Abbreviated Injury Scale*) et reçoit un score IIS (*Injury Impairment Scale*) de 0 à 6 reflétant le niveau de handicap fonctionnel le plus probable un an après l'accident. Il est donc possible, grâce à la connaissance des lésions initiales et au score IIS, d'évaluer les séquelles probables de ces lésions, sans effectuer de suivi des victimes. On calcule des incidences rapportées à la population du Rhône, sachant que la très grande majorité des victimes (90 %) y résident effectivement.

Blandine Gadegbeku
Mireille Chiron
Inrets, Bron


L'analyse traitée ici concerne les années 1996 à 1999, soit 42 314 victimes qui présentent au moins une lésion (au sens de l'AIS) ou sont décédées sans lésions décrites.

Résultats

Seulement deux victimes d'accidents de la route sur trois ne conserveront probablement aucune séquelle. Un handicap séquellaire mineur ou modéré (IIS maximum = 1 ou 2) est probable chez 31 % des victimes et un handicap sévère ou sérieux chez 0,7 %, soit un peu moins que les morts (1,2 %). L'accident de la circulation a concerné, en moyenne dans le Rhône chaque année, 670 personnes sur 100 000. 8 personnes sur 100 000 sont décédées, 5 sur 100 000 ont probablement conservé un handicap sévère et 206 sur 100 000 un handicap mineur ou modéré. Pour les quatre années, 307 victimes risquent de conserver un handicap sérieux ou sévère. Ce sont principalement des automobilistes (42 %), puis des usagers de deux-roues motorisés (27 %), des piétons (19,5 %), des cyclistes (9 %)

et enfin les patineurs ou usagers de planches (0,6 %). Et les trois quarts d'entre elles sont des hommes. Comme le risque d'être tué, le risque de rester lourdement handicapé est le plus élevé chez les piétons et les usagers de deux-roues motorisés, et il augmente avec l'âge. Les lésions les plus graves susceptibles d'être à l'origine de handicaps séquellaires sérieux se situent principalement à la tête (54 % des victimes), puis aux membres inférieurs (26 %), à la colonne vertébrale (17 %) et/ou aux membres supérieurs (3 %). Le score IIS ne prenant pas en compte l'âge de la victime, il est probable que ces résultats sous-estiment les handicaps chez les victimes les plus âgées.

Conclusion

Au total, pour 100 personnes décédées à la suite d'un accident de la route, on a compté 58 handicapés lourds, 2 472 victimes avec des séquelles légères et 5 414 blessés qui ne conserveront probablement aucune séquelle bien qu'ayant souffert d'au moins une lésion ayant nécessité une intervention médicale [23]. 

Le contexte culturel de l'insécurité routière en France

Jean-Pascal Assailly
Docteur en psychologie,
chargé de recherche
à l'Inrets

En nous inspirant de l'air de Schubert, *La jeune fille et la mort*, nous introduisons notre démonstration par la question : de quoi meurt-on aujourd'hui sur la planète lorsqu'on a entre 15 et 24 ans ?

Les constats

Schématiquement, nous opposerons deux types de pays, deux grandes « manières de mourir » des jeunes ...

Un premier groupe de pays, illustré ici par la France, l'Allemagne, le Portugal (et qui comprendrait aussi la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest), est caractérisé par une forte prédominance de l'accident de la route qui représente la moitié des décès à lui seul. Vient ensuite le suicide. L'hécatombe des jeunes sur la route est le prix que nos sociétés, fortement motorisées, « payent » au Minotaure routier, à l'automobilisme... Ici, le jeune meurt le plus souvent au volant d'une voiture (tableau 1)...

Un deuxième groupe, réunissant ironiquement les États-Unis, la Russie, et qui comprendrait aussi la plupart des pays issus de l'ex-URSS, se caractérise par une plus faible présence du suicide et une importance à parts égales de l'accident de la route et de l'homicide. Ainsi, on sait qu'il existe une corrélation entre la proportion de foyers possédant des armes à feu et le taux de mortalité par arme à feu des 0-15 ans, ce qui jusqu'ici peut sembler évident, mais aussi avec les taux de suicides, d'homicides et d'accidents. Donc, l'accès aux armes à feu entraînerait une augmentation de leur usage dans les suicides, les homicides et les accidents... Finalement, ce qui réunit « l'ogre capitaliste » et « l'ogre ex-communiste », c'est une certaine forme

d'anomie et de violence latente, particulièrement dans les quartiers pauvres, qui vont engendrer la disponibilité et la fréquence d'usage des armes à feu. Ici, le jeune a autant de « chances » de mourir par une rafale d'armes à feu qu'au volant (tableau 1)...

Pour conclure sur cette comparaison géographique, arrêtons-nous un moment sur la mise en miroir de la société française et de la société américaine : alors que, dans bien des domaines concernant la jeunesse, notre société a été « cocolonisée », à la remorque de l'impérialisme culturel américain (pour les loisirs sportifs ou culturels, les modes, l'audiovisuel, etc.), les modes d'expression de la violence et de tolérance vis-à-vis de celle-ci sont restés (jusqu'ici) très divergents : forte intolérance et répression de la violence civile et criminelle en France, mais ambivalence, ambiguïté et laxisme de l'ensemble du corps social français à l'égard de la violence routière. Forte intolérance et répression de la violence routière aux États-Unis, mais ambivalence, ambiguïté et laxisme vis-à-vis de la violence civile. Ainsi, nous attendons encore qu'au lieu de pousser des cris d'orfraie et d'aller prier à l'église pour que « plus jamais des massacres dans les collèges ne se reproduisent », les Américains changent l'une des législations les plus laxistes de la planète sur l'accès, la disponibilité et l'usage des armes à feu (rappel : pour 260 millions d'Américains, 270 millions d'armes à feu et des dizaines de milliers d'homicides). De même, des voix de plus en plus nombreuses s'élèvent dans notre pays pour demander la mise en œuvre de mesures de réduction du risque routier non « cosmétiques » telles que le bridage des moteurs à la construction, la suppression des amnisties ou la mise en place d'un système de contrôle-sanction qui ne laisse pas échapper 50 % des infractions, résurgence moderne et laïque des indulgences cléricales médiévales.

Nous avons proposé d'analyser ces différences par le concept de « légitimité de l'expression culturelle de la violence » : la société française ne tolérerait et n'accepterait pas le niveau de criminalité dans les centres-villes et... les établissements scolaires américains, mais tolère et accepte finalement très bien l'un des niveaux d'insécurité routière les plus élevés de la planète.

L'interprétation

L'analyse des causes de mortalité chez les jeunes fait ressortir le problème de la violence : celle-ci est en chacun de nous (le traumatisme de la naissance, l'œdipe par exemple) et en chaque société ; de tout temps, les êtres humains ont essayé de la canaliser, de la réguler, de la simuler, d'éviter que la violence ne se diffuse à l'ensemble de ses membres. Si les guerres sévissent toujours et parfois à nos portes, un grand nombre de pays industrialisés connaissent depuis un demi-siècle une paix relative, des environnements plus pacifiés que ceux des sociétés pré-modernes. Dans ce contexte, chaque société voit certaines formes de la violence plus acceptées, plus « légitimées » que d'autres : aux

tableau 1

Répartition des causes de décès des garçons de 15-24 ans (1997, en %)

	France	Allemagne	Portugal	États-Unis d'Amérique	Russie
Accident route	38	45	38	22	15
Suicide	17	15	3	12	16
Homicide	1	1	1	21	14
Autres accidents	12	8	10	9	27
Cancers	5	6	5	3	3
Maladies cardio-vasculaires	3	4	3	2	1
Autres causes	24	21	40	31	24

Remarque : La rubrique « autres causes » regroupe de multiples causes de mortalité naturelle (maladies de l'appareil digestif, du système nerveux, des os, etc.) dont chacune a peu de poids à cet âge, ainsi que les causes de décès non élucidées.

États-Unis, les homicides par armes à feu, en France, la voiture, en Finlande le suicide...

Deux auteurs nous ont aidé à penser le contrôle de la violence.

René Girard* nous a appris que la violence naît de la rivalité mimétique du désir, lorsque deux hommes ou deux groupes désirent le même bien qui ne peut être

* Philosophe et anthropologue, auteur de *La violence et le sacré* (Grasset, 1972), *Le bouc émissaire* (Grasset, 1982).

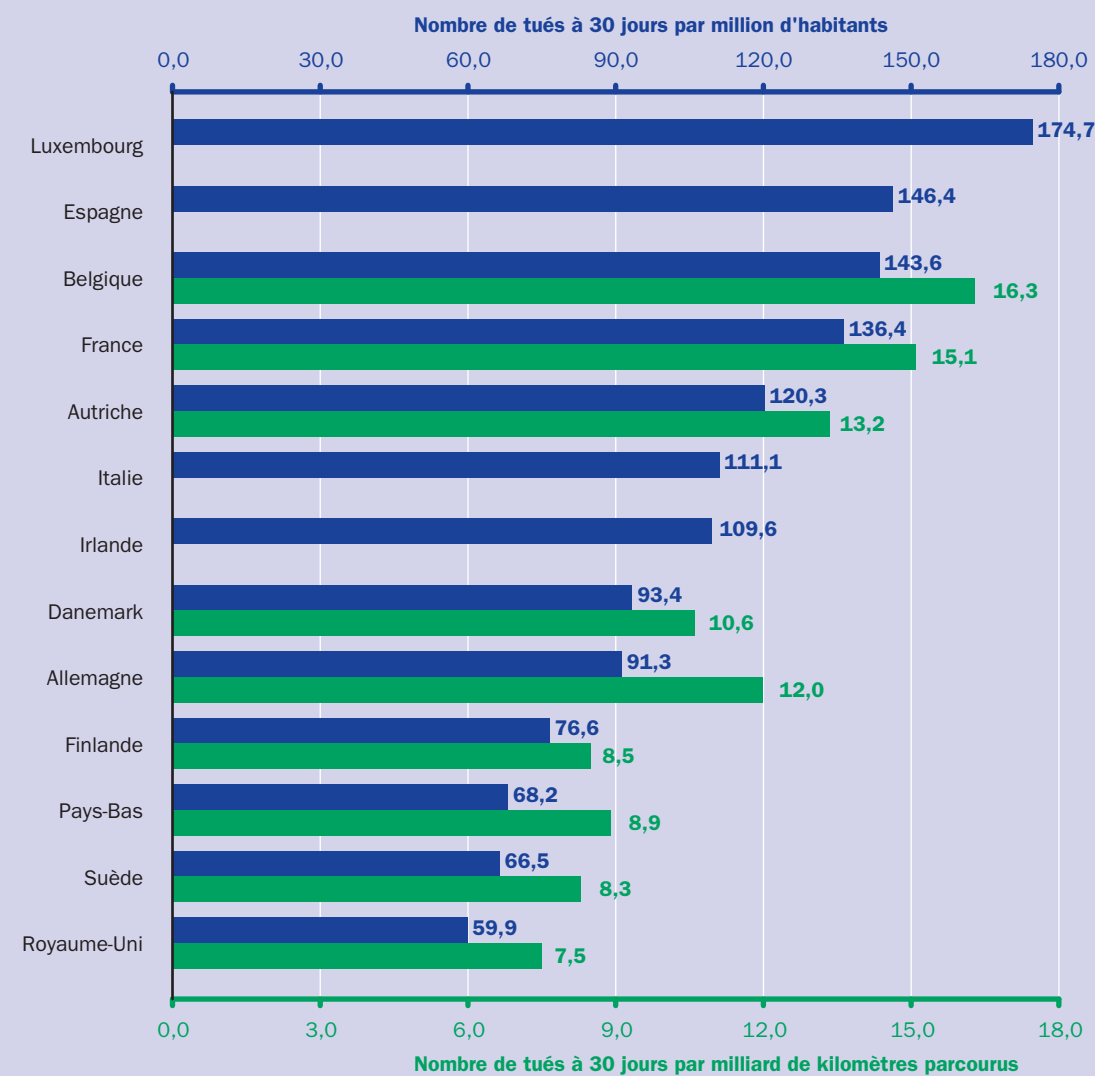
partagé, que cette rivalité peut se transmettre à travers les générations, voire « s'oublier » en se détournant sur des boucs émissaires (afin d'oublier la rivalité...). De ce point de vue, la violence routière est bien une violence de l'individualisme, du repli sur soi des pays riches : chacun de nous devenant de plus en plus possédant, des causes antérieures d'affrontement disparaissent mais la route reste l'un des derniers lieux où l'affrontement est possible, où la violence est « cachée », « permise ». Tous les jours, un conducteur vient, au

Les accidents dans l'Union européenne en 2000

Le classement des pays européens en matière de sécurité routière varie en fonction de l'indicateur choisi (nombre de tués par millions d'habitants ou nombre de tués par milliards de kilomètre

parcourus). Le Royaume-Uni est toujours le mieux placé tandis que la France a un nombre de tués deux fois plus important avec un trafic voisin. Trois facteurs explicatifs peuvent être avancés : la densité

de population (plus grande au Royaume-Uni), les comportements liés à la vitesse et ceux liés à l'alcool, particulièrement préoccupants en France. 📌



Sources : Onisr. Bilan de l'année 2001. La sécurité routière en France.


mépris des règles élémentaires de sécurité, se coller derrière votre pare-chocs arrière, en klaxonnant et en faisant des appels de phares, des gestes injurieux. Le message est clair : « *Ce bout de bitume devant n'est pas à toi, il est à moi car je veux l'emprunter à 160 et non à 130.* » Ce comportement, s'il ne se dissimulait pas au sein de ces « bulles-utérus-seconde maison » que sont devenues les automobiles, ne serait plus accepté, plus légitime dans la France d'aujourd'hui.

Tocqueville nous a appris que : « *Plus on fait reculer un type d'inégalité ou d'insécurité, plus le résidu d'inégalité ou d'insécurité devient insupportable pour la population et plus cette dernière développe une aversion pour le risque.* » Donc les Français ne supportent plus les 800 homicides par an qui « restent », mais tolèrent encore très bien les 8 000 tués sur la route... L'accident de la route devrait donc devenir « insupportable » lorsque nous n'aurons plus que 800 tués... Réciproquement, les Américains développent une répression routière féroce, mais n'envisagent pas pour le moment de modifier leur législation sur les armes à feu... alors qu'ils en subissent les conséquences quotidiennement. Bref, Tocqueville avait bien mis le doigt sur le phénomène en miroir des seuils de tolérance à la violence : la diminution de la violence criminelle augmente la sécurité objective et diminue la sécurité subjective... On peut penser enfin, en matière d'insécurité biologique, au détachement étonnant vis-à-vis de la mortalité infantile par maladies en Inde ou en Afrique. Étonnant pour un sujet occidental qui n'est plus confronté à un tel risque biologique...

Conclusion

Les Français vivent dans un univers qui a éliminé (pour le moment...) les grands fléaux d'antan (les guerres, les épidémies), où l'on vit de plus en plus vieux et de mieux en mieux (pour une majorité d'entre eux), où le niveau de vie continue de s'élever. Alors faut-il voir dans la route le lieu où la violence originelle peut s'exprimer, trouver un terrain d'exutoire ? En dehors de la violence routière, nous pourrions aussi évoquer d'autres maux « bien de chez nous » : alcoolisme, consommation effrénée de médicaments psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs) ou non (pour le moindre bobo, le Français consulte et... consomme), taux de suicides très élevé, rapport névrotique à la vitesse, intolérance à la frustration... Tout cela pourrait presque être traduit

par un seul mot : l'anxiété. Notamment, le besoin de la vitesse et l'intolérance aux frustrations, aux délais indiquent un rapport difficile au temps, et derrière le temps c'est très souvent la mort et la peur de la mort qui se profilent... Si nous savons bien nous occuper des « bobos » somatiques d'une population généralement en bonne santé, il en est tout autrement de leur symptomatologie dépressive. Exorcisme sur la route de la violence originelle ou panique anxieuse devant le temps qui passe, la société française aurait bien besoin d'une psychanalyse...

Dans la société française contemporaine, on vit plutôt plus vieux qu'ailleurs... une fois qu'on a passé le cap des 65 ans. Par contre, notre pays se distingue par une mortalité prématurée importante : plus qu'ailleurs, on « meurt avant de vieillir »... Si la qualité de notre système de soins a un impact sur la santé des personnes âgées, il en a beaucoup moins sur celle des jeunes : la situation sanitaire défavorable des jeunes Français s'explique surtout par les déficiences et le retard historique de notre culture de la prévention des comportements à risques. Si mourir à 80 ans d'un cancer aujourd'hui fait partie, en l'état de la science et de la société, des morts « acceptables », « inévitables », mourir sur la route ou perdre une jambe à 18 ans ne l'est assurément pas. Ces morts auraient été, dans leur immense majorité, « évitables » car il aurait suffi de très peu pour éviter le décès, la frontière étant très ténue, très floue sur la route entre une blessure et la mort : 10 km/h de moins, un verre de moins, une ceinture ou un casque attachés... Rien qui ne demande des progrès scientifiques longs, ardues et coûteux. On voit bien que le cœur du problème est plus celui d'une volonté politique et sociale. Nous avons aboli la peine de mort dans les cours de nos prisons, il ne reste plus qu'à l'abolir sur nos routes... D'ailleurs, le paradoxe des causes de mortalité chez les jeunes réside dans le fait que les plus importantes causes ne renvoient pas à des questions biomédicales, mais à des questions sociales, politiques, qui nécessiteront donc des réponses sociales et politiques... Du courage des élus à prendre des mesures parfois impopulaires (telles que l'abolition de la peine de mort...) ou à impulser des choix budgétaires qui permettront réellement les améliorations, et de l'implication de chaque citoyen à protéger soi-même et son prochain... « Si chacun fait un peu, c'est la vie qui gagne »... 

Stratégies préventives et acteurs

La lutte contre l'insécurité routière implique de nombreux acteurs : État, collectivités locales, associations, entreprises, chercheurs, professions liées à l'automobile et assurances... Leurs angles de vue différents ouvrent l'analyse pour une meilleure prévention.

La politique de sécurité routière

Isabelle Massin
Déléguée
interministérielle à la
Sécurité routière

La démocratisation de l'automobile, devenue accessible à la plupart, date des années soixante. L'importante augmentation du trafic qui en a résulté sur un réseau routier ni dimensionné ni adapté en conséquence s'est traduite par une envolée du nombre des accidents atteignant son apogée en 1972, année où furent enregistrées plus de 16 000 morts sur les routes de France.

Organisation de la sécurité routière en France

Prenant conscience de la gravité du phénomène, le gouvernement a créé alors le Comité interministériel de la sécurité routière (CISR), assorti d'un poste de délégué interministériel. Présidé par le Premier ministre et réunissant l'ensemble des ministres les plus concernés (Intérieur, Défense, Justice, Éducation nationale et Jeunesse, Santé, Travail, Finances, Recherche...), le CISR a pour mission de déterminer les mesures générales à prendre. Celles-ci sont préparées et leur application suivie par le délégué interministériel, en concertation permanente avec les responsables des administrations concernées.

Au fil des trente dernières années, de nombreuses dispositions ont ainsi été adoptées, généralisées ou renforcées qui, peu à peu, ont permis d'infléchir la courbe

des accidents et de leurs victimes. Alors que le parc automobile doublait et que le trafic était multiplié par 2,5, le nombre de tués était, lui, divisé par deux, ce qui permet d'affirmer que, compte tenu des kilomètres parcourus, la route française est à ce jour cinq fois moins meurtrière qu'il y a trente ans.

Depuis 1982, le délégué interministériel est également directeur de la sécurité et de la circulation routières au ministère de l'Équipement et des Transports. À ce titre, il a la responsabilité directe de la formation du conducteur, de la réglementation technique du véhicule et de l'exploitation routière.

L'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR) a pour mission la collecte, la mise en forme, l'interprétation et la définition des données statistiques nationales et internationales, le suivi des études sur l'insécurité routière. Il publie un bilan détaillé chaque année.

Enfin, mis en place en octobre 2001, le Conseil national de sécurité routière (CNSR) est composé de 45 membres représentant les différentes composantes impliquées dans la lutte contre l'insécurité routière : État, Parlement, collectivités locales, associations, professions liées à l'automobile et aux assurances. Il est assisté d'un comité d'experts et dispose d'un budget propre. Le CNSR a trois missions :

- proposer au gouvernement des mesures en faveur de la sécurité routière,
- commander des études permettant d'améliorer les connaissances en matière de sécurité routière,
- procéder à des évaluations des actions engagées ou proposées.

Grandes orientations de la politique de sécurité routière aujourd'hui

Malgré les progrès réalisés, la France reste en deçà des résultats obtenus dans la plupart des autres pays de même niveau de vie, notamment en Europe. Dans son allocution du 14 juillet 2002, le président de la République s'en est inquiété et a affirmé sa volonté de rupture en déclarant que la sécurité routière serait une priorité de son mandat.

Dès le 17 septembre, les États généraux de la sécurité routière ont donné lieu à un large débat auquel, en présence du Premier ministre et de six membres du gouvernement, ont participé les principaux acteurs nationaux concernés. À la lumière de cet échange, et en complément des initiatives déjà prises par le nouveau gouvernement pour renforcer les moyens consacrés à la sécurité routière, le CISR sera réuni avant la fin de l'année pour décider de nouvelles actions. Présentées en conseil des ministres le 16 octobre, les orientations proposées s'articuleront autour de cinq axes :

- Faire respecter la règle, ce qui suppose une augmentation forte des contrôles routiers, un traitement plus rapide et plus systématique des infractions routières,

une formation du conducteur et une sensibilisation permanente de l'usager de la route sur le fondement des règles.

- Promouvoir des véhicules plus sûrs. La réglementation des véhicules est effectuée au niveau européen, mais les constructeurs français peuvent promouvoir les outils d'aide à une conduite plus apaisée, plus sûre ; l'État peut en équiper ses véhicules comme les entreprises leurs flottes professionnelles.

- Inciter l'usager à adapter sa conduite à ses capacités et à ses aptitudes physiques : selon les moments de la vie, les circonstances, l'état de santé, l'environnement, les capacités et les possibilités de conduire sont différentes. Le conducteur doit en avoir conscience et être formé sur le sujet.

- Repenser la route et la rue en fonction de l'objectif sécurité routière. Trop souvent les aménagements routiers visent à améliorer la fluidité du trafic, ou en ville la qualité de l'espace urbain. Il est essentiel qu'ils soient systématiquement étudiés sous l'angle de la sécurité. Le traitement des obstacles latéraux (poteaux, parapets, arbres...) doit être une priorité.

- Impliquer et responsabiliser les différents acteurs.

 suite page 29

Mobilisation à Saint-Fargeau-Ponthierry

En l'an 2000, après plusieurs accidents mortels de jeunes les années précédentes, sept jeunes de Saint-Fargeau-Ponthierry se tuent sur la route. Dans tous les cas, une conduite à risques est à l'origine du drame. En septembre 2000, le maire et la benjamine du conseil municipal mobilisent l'ensemble de la population, et plus particulièrement les jeunes, pour agir. L'objectif fixé est zéro jeune tué en un an.

La municipalité fait de cette action en faveur de la sécurité routière l'une des priorités de son projet politique. L'implication des jeunes est recherchée en particulier. L'idée est de faire de la lutte pour la sécurité routière l'affaire de tous. Un comité de pilotage sécurité routière réunissant des jeunes, des élus, des fonctionnaires de la municipalité et l'École de conduite française est créé. Il élabore un plan local de sécurité routière. Les différentes actions programmées ont pour objectif d'inviter chacun à changer son comportement routier

et celui des autres usagers en développant le dialogue social entre jeunes/parents, jeunes/adultes, autorité/citoyens.


Depuis deux ans, de nombreuses actions ont été menées et parfois reconduites. Parmi les plus significatives :

- Sensibilisation du personnel communal
- Diffusion dans toute la ville d'affiches réalisées par les jeunes
- Formation au secourisme avec la Croix-Rouge française
- Édition d'un « permis de vivre » réalisé par les jeunes et distribution à tout usager de la route ayant une conduite dangereuse
- Stages moto pour les jeunes avec la Police nationale
- Mobilisation du collège, où chaque année 200 élèves de 3^e perçoivent la sécurité routière au travers du regard des familles de victimes, des représentants de l'État (police, pompiers...) et des associations et participent à différents ateliers (notamment, points

de sécurité routière à améliorer sur la commune)

- Journée « Combat pour une vie » en octobre qui, chaque année, permet de rendre hommage aux jeunes disparus, de faire le bilan des actions passées et de lancer des actions pour l'année à venir.

Fin 2002, le bilan est positif : depuis la mise en place du programme d'actions avec les jeunes, aucun jeune ne s'est tué sur la route.

Forte de ces résultats la municipalité de Saint-Fargeau-Ponthierry vient de créer avec d'autres communes l'association « Communes en route pour la vie ». Ses objectifs sont de regrouper les collectivités locales qui s'engagent contre l'insécurité routière, de favoriser les partages d'expérience, d'être une force de propositions et d'actions, et d'inciter d'autres communes à s'impliquer. 

Contact : Alice Renard, mairie de Saint-Fargeau-Ponthierry, 01 60 65 85 27, arenard@saintfp.com.

Le plan gouvernemental

Cause nationale, la lutte contre l'insécurité routière fait l'objet d'un programme d'actions gouvernemental.

Le 18 décembre 2002, le gouvernement a lancé un programme d'action pour lutter contre l'insécurité routière.

Les objectifs de ce programme sont triples : passer d'une sécurité passive à une sécurité active, mieux encadrer les conducteurs vulnérables, créer une culture générale de prévention des risques routiers.

Contrôler et sanctionner pour prévenir l'accident

Il faut agir sur le comportement des conducteurs pour ne plus laisser place au sentiment d'impunité qui prévaut encore trop souvent.

Des contrôles automatisés capables de relever toutes les infractions à la réglementation sur les vitesses maximales autorisées, le respect des distances entre les véhicules et les signalisations imposant l'arrêt des véhicules seront instaurés sur l'ensemble du territoire. Par ailleurs, sera créée, sur les autoroutes concédées, une infraction pour vitesse moyenne supérieure aux limites réglementaires, celle-ci étant calculée au moyen des tickets de péage.

Cette mesure permettra un redéploiement des forces de l'ordre, qui pourront se concentrer par exemple sur le contrôle du taux d'alcoolémie et de la consommation de produits stupéfiants par les automobilistes.

Afin de parvenir à un traitement rapide du contentieux routier et d'éviter un encombrement des tribunaux, les contraventions de 4^e classe du Code de la route seront forfaitisées et le titulaire

de la carte grise sera tenu au paiement préalable de l'amende en cas de contestation, (sauf à justifier du vol de son véhicule ou à fournir les coordonnées du conducteur).

Le traitement rapide du contentieux routier aura un effet persuasif qui doit conduire à un changement des comportements.

Certains comportements délinquants justifient une aggravation des peines. C'est le cas de la conduite en état d'ivresse, du non-port de la ceinture de sécurité, du défaut de casque et de l'utilisation du téléphone portable pendant la conduite.

L'application des peines sera plus sévère pour les blessures et homicides involontaires et les multirécidivistes.

Enfin, les possibilités d'aménagements de suspension du permis de conduire (permis blanc) seront supprimées pour les infractions les plus graves et le suivi d'un stage de sensibilisation aux données de la sécurité routière pourra être imposé au titre de peine complémentaire des sanctions d'infractions graves.

Des conducteurs vulnérables mieux encadrés

Un permis probatoire, délivré avec seulement 6 points, sera désormais la règle pour tous les conducteurs novices. La totalité des 12 points sera acquise après trois ans de conduite sans infraction.

Une évaluation médicale de l'aptitude à la conduite sera effectuée avant l'obtention du permis de conduire, puis intégrée dans les visites médicales obligatoires tout au long de la vie active. Au-delà de 75 ans, une visite obligatoire permettant de tester notamment l'acuité visuelle, les réflexes et

la condition physique sera mise en place tous les deux ans pour les seniors souhaitant conduire un véhicule.

Afin d'assurer une meilleure formation des conducteurs, le programme de recrutement des inspecteurs du permis de conduire et de la sécurité routière sera poursuivi sur 2004-2006.


Pour une culture générale de prévention des risques routiers

La sécurité routière sera partie intégrante des objectifs de prévention de la délinquance et de lutte locale contre l'insécurité. À ce titre, des crédits supplémentaires seront affectés aux préfets et un programme d'actions de traitement des obstacles dangereux sera mis en œuvre.

Le gouvernement veut mieux impliquer le corps d'inspection de l'Éducation nationale, le corps médical, la Santé dans les objectifs et les programmes de recherche, en fédérant les acteurs incontournables en matière de prévention tout en améliorant les connaissances.

L'État montrera l'exemple en équipant ses nouveaux véhicules, hors véhicules d'intervention et de secours, de limiteurs-régulateurs de vitesse adaptables par le conducteur et de dispositifs d'enregistrement des données de l'accident.

La France poursuivra au niveau communautaire ses démarches pour favoriser la prise en compte de la limitation de la vitesse sur l'ensemble des véhicules à la construction.

Les nombreuses associations qui militent en faveur de cette grande cause peuvent aider à changer les comportements et à faire prendre conscience de la responsabilité individuelle de chacun face à ce fléau. 

« Une nuit pour la vie », une action menée par les jeunes pour les jeunes


Créée en 1996 par des jeunes, l'association nationale « La Route des jeunes » a pour objectif de lutter contre les accidents de la route par la responsabilisation. Partant de l'idée que, lorsque les jeunes parlent aux jeunes, l'impact du discours perd sa connotation moralisatrice et augmente considérablement sa force, les membres de l'association, tous bénévoles, s'engagent à dire et à montrer qu'on peut à la fois être usager de la route, jeune et responsable : « *oui, certaines règles doivent être respectées pour préserver la vie, notre vie, celle de nos passagers, celles des autres usagers que nous croisons. La vie est une fête, la route ne doit pas tuer la fête. On peut, on doit, être jeune et être responsable.* »

L'action « Une nuit pour la vie », principale activité de l'association, se déroule dans les discothèques. Des volontaires de la Route des

jeunes (ayant tous entre 15 et 24 ans) proposent aux conducteurs qui arrivent de déposer les clés de leur véhicule à l'entrée de l'établissement en échange d'une entrée et d'une boisson non alcoolisée gratuites. Les conducteurs participants doivent souffler dans un éthylomètre en sortant pour récupérer leurs clés de voiture. Les volontaires de la Route des jeunes proposent également à ceux qui n'ont pas participé à l'opération de souffler dans un alcootest afin de faire prendre conscience à tous de leurs limites.

Les résultats de cette opération sont encourageants et montrent une prise de conscience de plus en plus grande des jeunes. Dans les départements où l'association est intervenue plusieurs fois, elle a noté une évolution positive des réactions du public : à la première « Nuit pour la Vie », 40 % des clefs en moyenne sur l'ensemble des

discothèques ont été récoltées. Trois mois après, 60 % des conducteurs ont bien voulu participer à l'action. Et à la troisième venue dans le département, ce chiffre a dépassé 80 %.

Directement en amont des prises de risque, cette opération, au même titre que les actions voisines menées par d'autres acteurs (opérations Nez rouge, Capitaine de soirée, ...) semble tout à fait à même de limiter l'accidentalité au sortir des boîtes de nuit. Dommage que de tels dispositifs ne soient pas organisés sur l'ensemble du territoire chaque week-end... 

La Route des jeunes

145, avenue de Suffren 75015 Paris
Téléphone/télécopie : 01 40 56 33 51
Mél. : routedesjeunes@nameplanet.com
www.laroutedesjeunes.org

La sécurité routière au niveau local

La politique nationale de sécurité routière est, pour une large part, mise en œuvre dans les départements. Et c'est au représentant de l'État, le préfet, de faire appliquer ces décisions sur le terrain. Il s'appuie pour cela sur une organisation très structurée.

- Chaque préfet désigne un chef de projet qui, lui-même, s'appuie sur un « coordinateur sécurité routière ». Le chef de projet anime très régulièrement les réunions du pôle de compétences État : elles lui permettent de s'assurer de l'implication effective de toutes les administrations concernées par les actions de sécurité routière, de l'Éducation à l'Équipement.


- Le préfet établit, en collaboration avec le procureur de la République, un plan départemental de contrôles, pour que ceux-ci soient


effectués en fonction de l'analyse de l'accidentologie locale et dans une logique de prévention de l'accident. Le préfet a également pour mission d'encourager les collectivités territoriales (le conseil général, les mairies) et les acteurs locaux (les milieux socioprofessionnels et associatifs, les médias) à se regrouper en partenariat, à fédérer leurs forces et leurs moyens et à mener des actions communes.

- Le préfet informe les parlementaires sur les orientations nationales, sur le diagnostic de l'insécurité routière dans le département ainsi que sur les programmes d'actions de l'État.

- Enfin, chaque préfet bénéficie d'un réseau d'inspecteurs départementaux de sécurité (IDSR) qu'il nomme. Émanant des services de l'État (DDE, police, gendar-

merie, Samu, sapeurs pompiers, enseignants) ou de milieux professionnels (auto-écoles, entreprises), les IDSR réalisent les enquêtes Réagir et aident à l'organisation de nombre d'actions locales de prévention.

L'action locale s'inscrit dans le plan départemental d'actions de sécurité routière. Tous les ans, dans chaque département, les partenaires publics, privés et associatifs se concertent pour définir ensemble des priorités et des actions adaptées au diagnostic de sécurité, réalisé à partir d'une analyse de l'accidentologie locale. 

suite de la page 26  Les assureurs, les constructeurs automobiles, les entreprises, les collectivités locales peuvent jouer un rôle important dans ce combat.

Évolution de la communication publique en matière de sécurité routière


Depuis 1999, la Sécurité routière a choisi de montrer plus explicitement et parfois brutalement la réalité de l'accident dans ses campagnes de communication. Le lien entre le comportement des usagers et les causes de l'accident est toujours souligné dans un objectif évident : démontrer par l'explication l'intérêt pour chacun de respecter la règle. L'enjeu en termes de vies est chiffré chaque fois que possible. Deux exemples :

- La campagne sur la ceinture de sécurité, lancée à l'été 2002, met en scène un père et ses deux enfants, tombant du quatrième étage d'un immeuble et s'écrasant sur le sol. Le message est abrupt mais clair : voilà ce qui vous arrivera en cas de choc à 50 km/h si vous avez omis de boucler votre ceinture. Vous prenez le même risque qu'en vous jetant du 4^e étage.

- Autre campagne « vérité » pour rappeler que deux accidents corporels et un accident mortel sur trois ont lieu en milieu urbain, la Sécurité routière a lancé un slogan choc : « En ville, il n'y a pas que des voitures accidentées », en l'illustrant d'une image forte : une incrustation de tôle froissée sur un corps humain.

Ce durcissement de ton est apparu nécessaire pour faire sauter les noyaux de résistance et convaincre que, dès 20 km/h, un choc sans ceinture peut être mortel, que l'oubli du clignotant fait chaque jour 27 nouvelles victimes, le non-respect des feux 15 autres, etc.

L'objectif est de convaincre chacun qu'il peut faire quelque chose pour diminuer le nombre de victimes sur les routes. Les messages doivent être ciblés, diversifiés, car les ressorts ne sont pas les mêmes pour faire changer les comportements du jeune homme, de la mère de famille, du grand rouleur ou du senior...

Ces campagnes doivent être jumelées à des actions de formation et de sensibilisation de proximité, et accompagner des opérations de contrôle. Pour faire évoluer les comportements, comprenons bien que formation, sensibilisation, communication, contrôle sont des actions complémentaires préventives de l'accident. 



Photogramme du court-métrage *Bonne nuit* réalisé à partir d'un des cinq scénarios lauréats du concours « Alcool au volant : faites tourner vos idées » destiné aux 15-24 ans.

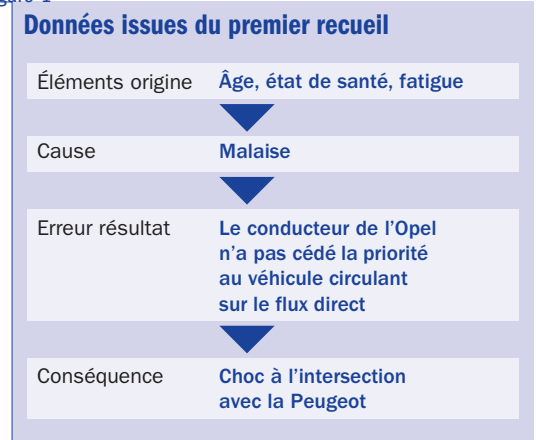
Comprendre et prévenir les accidents

Par un beau dimanche de juin, vers 17 heures, l'équipe de permanence de l'Inrets-MA, composée d'un psychologue et d'un technicien, est appelée par le standard des services de secours pour un accident sur un carrefour entre une grande nationale et une route secondaire. Les pompiers sont déjà sur place, prodiguant les premiers soins à une jeune fille légèrement blessée. Une Peugeot 106 est renversée sur le toit, le côté droit enfoncé, une Opel Vectra au capot défoncé gît à cheval sur un îlot en dur. Son conducteur se tient à son côté, l'air un peu hagard.

Un recueil de données *in situ*

La psychologue de l'équipe l'interviewe sur les circonstances de l'accident. Elle apprend ainsi que cet homme de 65 ans, en mauvaises conditions de santé, a ressenti un malaise à l'approche de l'intersection et qu'il n'a pour cette raison pas été en mesure de respecter la perte de priorité. Cette déclaration est corroborée par l'absence totale de traces de freinage sur la chaussée, condition assez rare dans le cas des accidents sur carrefour. La jeune conductrice de la Peugeot nous dira quelque temps plus tard qu'elle n'a, à aucun moment, perçu le risque d'accident, ce qui explique qu'elle n'ait pas freiné, elle non plus. Le scénario accidentel — confirmé par la procédure établie par les forces de police — peut donc se schématiser de la façon suivante (figure 1).

figure 1



Suite au premier recueil de données sur la scène de l'accident, dont l'objectif est de collecter toutes les données éphémères (traces, position des véhicules, témoignages « à chaud », etc.), les membres de l'équipe confrontent les informations qu'ils ont réunies, concernant les impliqués, les véhicules et l'infrastructure. Cette confrontation sert de base à la définition d'un recueil complémentaire, orienté

par des hypothèses. Le recoupement des premières informations met ainsi en question la thèse du malaise... et à l'issue de la seconde étape d'analyse un scénario tout autre d'explication de l'accident émerge. Lors du second entretien, réalisé au domicile de l'impliqué, la psychologue réussit plus aisément à mettre le conducteur de l'Opel en confiance, le rassurant sur l'anonymat de ses déclarations et lui en soulignant l'importance pour la recherche en sécurité routière. Nous apprenons qu'il conduit assez peu, principalement sur des trajets connus et de courte distance. Or, le jour de l'accident, M. X est allé rendre visite à son épouse à la clinique où elle est en convalescence à la suite d'une intervention chirurgicale, ce qui a correspondu à un trajet de plus de 100 km. Etant de santé fragile, il s'est senti « très fatigué » sur le chemin du retour, et a décidé de faire un détour pour se reposer un moment chez sa belle-fille avant de regagner son domicile. Ce détour l'amène sur un itinéraire qu'il connaît mal. Par ailleurs, cet itinéraire le conduit à traverser une intersection particulièrement complexe et de grande emprise, traitée en « giratoire percé » (figure 2).

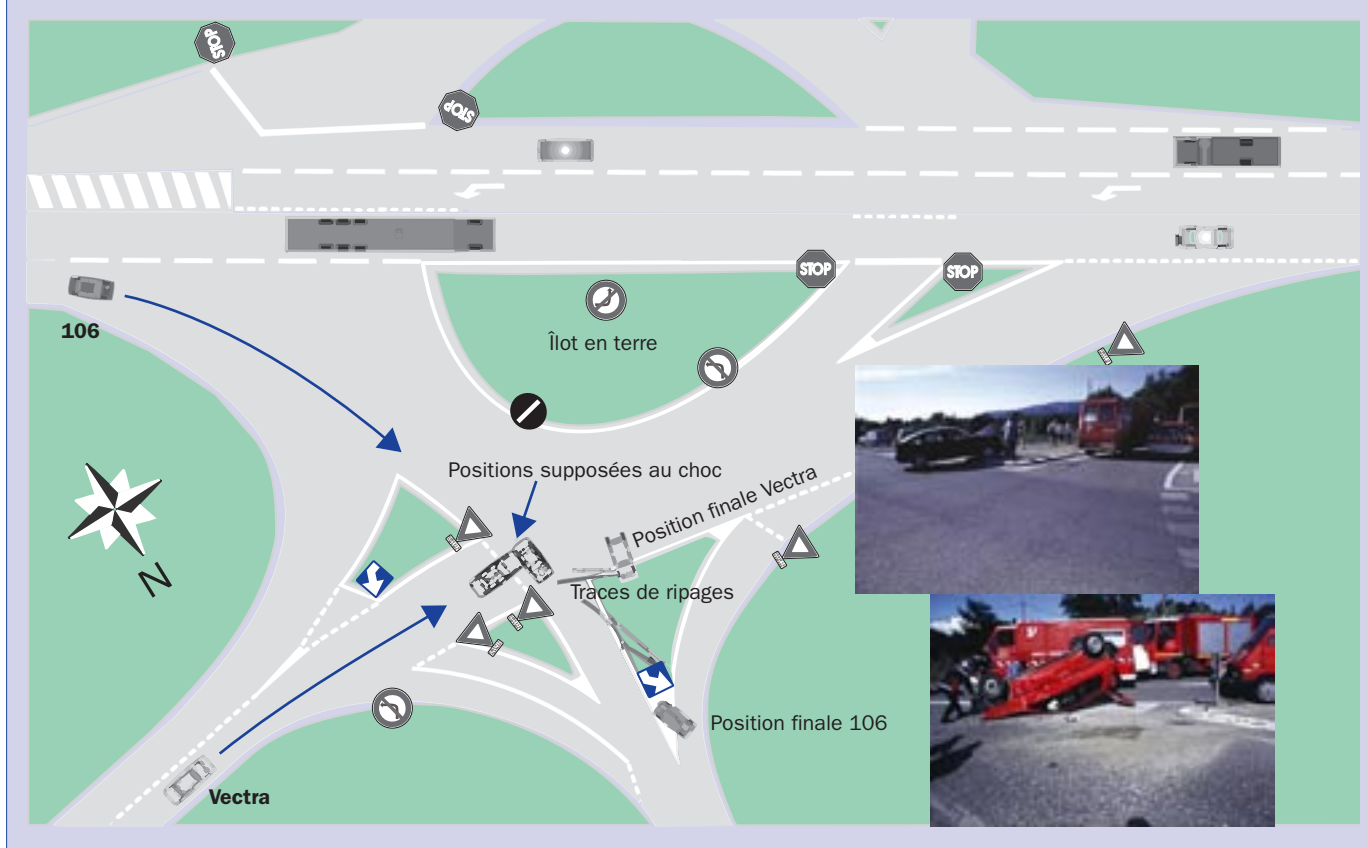
N'étant passé que de rares fois par cet endroit, le conducteur n'a pas développé une représentation mentale adaptée des lieux. N'ayant jamais rencontré de trafic sécant dans la première partie du carrefour qui

croise une voie communale, il ne l'a jamais identifiée en tant qu'intersection. La seule tâche qu'il pense avoir à réaliser consiste en la traversée de la route nationale au niveau de laquelle il perd la priorité. Et c'est son attention totalement focalisée sur l'avant, à la fois pour chercher la direction qu'il doit prendre et l'œil attiré par l'importance de la route nationale et l'intensité du trafic qui y circule, qu'il aborde la première partie du carrefour. Il n'y prend aucune information et ne détecte donc pas la Peugeot, pourtant bien visible, qui approche sur cet axe prioritaire à 35 m de lui à ce moment l... C'est à la vitesse de 40 km/h que le conducteur s'engage dans le carrefour et percute l'autre véhicule sans esquisser la moindre manœuvre d'urgence. Ce scénario de dysfonctionnement repose sur un processus qui s'apparente à un ensemble d'accidents (ou « scénario type ») qui se déroulent selon une trame similaire (figure 3).

Par ailleurs, le mode de fonctionnement de la conductrice de la Peugeot relève également d'un scénario type de dysfonctionnement (figure 4), ce qui montre que la recherche des fondements des phénomènes en jeu s'écarte d'une analyse en termes de responsabilité. Un tel scénario rend compte de ce que les conducteurs s'appuient sur un fort sentiment prioritaire pour négliger un ensemble d'indices d'alerte sur la probabilité de survenue d'une situation conflictuelle (par exemple une vitesse

figure 2

Plan de l'accident



d'approche trop rapide du non-prioritaire). Bien qu'ayant détecté l'arrivée de l'Opel, la conductrice de la Peugeot s'en est d'emblée désintéressée, considérant que le problème n'était pas de son ressort (son passager, par contre, a identifié précocement l'imminence du conflit...). Dans ce type de situation, si les conducteurs prioritaires ne sont effectivement pas à l'origine de la perturbation, ils sont malgré tout les seuls à avoir la possibilité de la résoudre. Par absence de régulation préventive, ils contribuent ainsi à la dégradation de la situation.

Une analyse réalisée dans un objectif de recherche

L'étude détaillée des accidents (EDA) constitue un complément aux investigations de type statistique, classiquement fondées sur des exploitations de fichiers

issus des procès-verbaux. Établis par les forces de police dans un objectif pénal, les procès-verbaux ne rendent pas compte des processus qui sous-tendent les accidents, mais seulement de leurs issues. Les données EDA sont spécifiquement recueillies par des équipes pluridisciplinaires, dans un objectif de recherche. Elles permettent le développement de connaissances sur les mécanismes générateurs des accidents et sur les processus de dysfonctionnement du système routier qui en sont à la base. Il s'agit de reconstruire et de décrire le déroulement des accidents, d'explicitier les enchaînements de causalité qui rendent compte de ce déroulement, et d'identifier, parmi les caractéristiques des usagers, des véhicules et des infrastructures, les facteurs dont le contrôle permettra l'action de prévention.

figure 3

Scénario type T3b : mauvaise compréhension du site entraînant une recherche d'information inadaptée

Activité : traverser une intersection non prioritaire avec interférence d'un véhicule sur l'axe prioritaire

Éléments explicatifs de l'erreur

Conducteur

Conduite épisodique (conducteur âgé)
Vigilance faible (état psychologique altéré)
Méconnaissance des lieux => problème directionnel
Focalisation sur une certaine composante de la situation

Contexte

Défaut des aménagements (atypiques et peu lisibles)
Complexité du site
Visibilité limitée en approche de l'intersection

+

Défaillance fonctionnelle

Mauvaise compréhension du site => mauvais séquençage de la recherche d'information et non-détection du véhicule adverse

Situation critique résultante

Engagement de la traversée d'intersection sur la trajectoire de l'utilisateur prioritaire interférent

ACCIDENT

figure 4

Scénario type T6b : attente erronée de l'arrêt d'un véhicule non prioritaire en approche d'une intersection

Activité : franchir une intersection prioritaire avec interférence d'un véhicule non prioritaire en mouvement à l'approche de l'intersection

Éléments explicatifs de l'erreur

Conducteur

Forte expérience du trajet : conduite « automatique », bas niveau attentionnel
Distraction (discussion avec passager)
Attachement rigide au statut prioritaire
Adoption d'une vitesse trop élevée pour la situation

Contexte

Visibilité limitée en approche (*infra*)
Manœuvre d'autrui atypique, en contradiction avec la législation
Aménagement de la zone incitant à la prise de vitesse

+

Défaillance fonctionnelle

Attente active de l'arrêt du véhicule interférent à l'intersection, selon la règle prioritaire, en dépit de la présence d'indices contraires

Situation critique résultante

Poursuite du franchissement sans plus se préoccuper du véhicule interférent

ACCIDENT

L'EDA s'appuie sur :

- une approche système de l'accident qui met l'accent sur les interactions entre les usagers, les outils de déplacement et les infrastructures support de ces déplacements ;
- un modèle cinématique permettant la reconstruction et le paramétrage, dans le temps et l'espace, de la dynamique du phénomène ;
- un modèle de fonctionnement de l'opérateur humain assimilé à un système de traitement de l'information, modèle qui s'appuie sur les formalismes de la psychologie cognitive ;
- un modèle d'analyse reposant sur un découpage en phases du déroulement de l'accident.

Après traitement, chaque cas est archivé sur support informatique : check-lists et codages relatifs aux impliqués, aux véhicules et à l'infrastructure, plan et reconstruction cinématique, photos, transcription des entretiens, synthèse sur les circonstances de l'accident et son déroulement. La confrontation de différentes études de cas correspondant à un problème similaire permet le développement d'études thématiques.

Des enseignements

L'EDA atteste de ce que les problèmes sont loin d'être aussi simples que l'on a parfois tendance à le croire. S'ils l'étaient, au vu des investissements humains et financiers portés de longue date à leur étude comme à la recherche de solution, il y a longtemps qu'ils seraient résolus. Et c'est parce que les phénomènes en jeu ne sont pas simples qu'il faut travailler sur leur complexité, par l'analyse en profondeur des mécanismes qui les gouvernent. Ce que nous apprend cette analyse, c'est que les accidents ne sont pas le seul fait de quelques chauffards délinquants, mais concernent l'ensemble des conducteurs qui peuvent, un jour ou l'autre, se trouver confrontés à une situation qu'ils n'avaient pas envisagée. Les conducteurs ne sont pas non plus les seuls concernés, pour autant que les accidents se produisent au sein d'un système dans lequel l'utilisateur est un composant au même titre que la route, le véhicule et le trafic environnant. Et ce sont les interactions entre

ces composants qui vont le plus souvent être à l'origine de la dégradation des performances du système. Pour résumer les choses, on pourrait dire que « l'erreur est humaine », mais que son origine est multicausale.

On peut prendre l'exemple d'une variable aussi élémentaire en apparence que la vitesse. Une telle variable est la résultante d'un ensemble de facteurs : bien sûr, le conducteur est parfois pressé, il oublie parfois tout simplement qu'il roule vite ; mais entre aussi en compte le fait que sa voiture lui permet de rouler vite et qu'elle a de plus en plus tendance à lui faire oublier qu'il roule vite, notamment par l'amélioration du confort auditif et proprioceptif ; de la même façon, l'infrastructure routière va dans certains cas l'induire en erreur en lui laissant croire qu'il a la possibilité de rouler vite — l'y incitant parfois — alors que ce n'est pas le cas (figure 5). Comme pour la plupart des variables en jeu dans la conduite, c'est la conjugaison de ces différents facteurs relatifs aux différents composants qui va amener la mise en œuvre d'un comportement inadapté, susceptible de dégénérer en accident. C'est donc sur ces différents facteurs qu'il faut agir conjointement.

Des pistes pour la prévention des accidents

Au-delà d'être « accidentels », de tels événements n'en comportent pas moins des régularités qu'une analyse scientifique permet de repérer. L'accidentologie clinique permet la mise en évidence de pathologies du système routier. Les facteurs qui y correspondent constituent autant de symptômes dont l'analyse des patterns permet de définir un certain nombre de tableaux. Le développement d'une telle connaissance sur des problèmes accidentogènes génériques contribue ainsi à la prescription de remèdes adaptés à ces problèmes et aux conditions dans lesquelles ils émergent. Ces mesures s'adressent non seulement au conducteur, par le biais de la formation, mais également à l'environnement de sa tâche de conduite par des actions sur l'infrastructure ou le développement d'aides embarquées.

- Une analyse transversale des erreurs contribuant à la genèse d'accidents a fait ressortir l'importance des problèmes liés à l'analyse de la situation (figure 6),

figure 5

Influence de l'infrastructure sur la vitesse

Doit-on s'étonner que sur la route nationale (bas de la photo) les vitesses pratiquées soient supérieures à la limitation ?



recouvrant les inadaptations des stratégies de recherche d'information (perception), ainsi que les défaillances correspondant aux processus cognitifs d'estimation/compréhension (diagnostic) et d'anticipation/prévision (pronostic). Un tel résultat plaide pour la recherche d'un complément pédagogique à vocation spécifiquement sécuritaire, en formation initiale et continue, exploitant les enseignements de l'accidentologie clinique pour promouvoir une meilleure (re)connaissance des situations potentiellement accidentogènes.

- S'agissant du véhicule, la mise en évidence des situations typiques qui posent réellement problème aux conducteurs, ainsi que la qualification des difficultés qu'ils y rencontrent, permettent de mieux définir les besoins réels des conducteurs auxquels seront susceptibles de répondre certains dispositifs technologiques d'aide à la conduite qui sont en projet.

- Concernant l'infrastructure, les scénarios d'accidents révèlent les conditions routières dans lesquelles les usagers peuvent se faire « piéger » (problèmes de complexité, de visibilité, de lisibilité, etc.). Selon le même principe que pour les aides, ils sont susceptibles de servir de base à un diagnostic des besoins des conducteurs, auxquels certains aménagements de l'environnement pourront répondre. 📷

figure 6

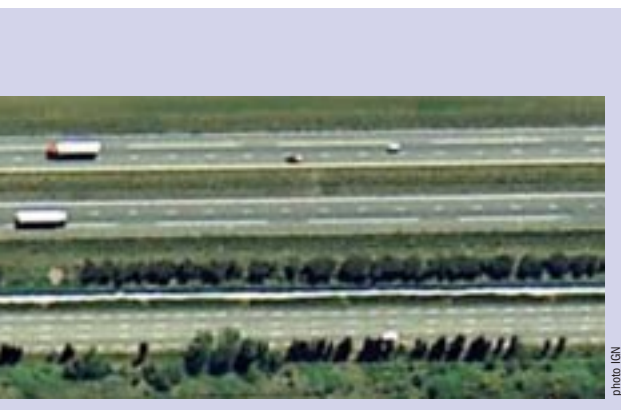
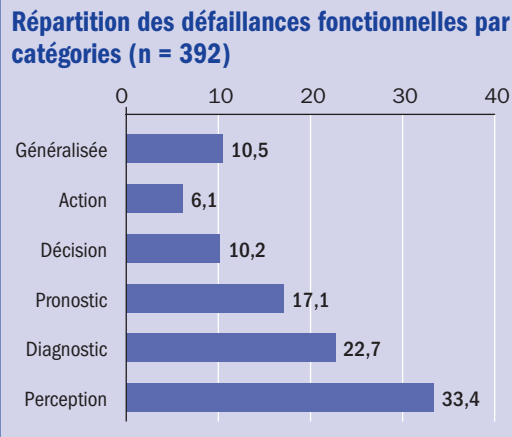


photo IGN

Prévenir le risque routier encouru par les salariés

Jean Studer
Ingénieur conseil,
direction des Risques
professionnels,
Cnamts

Les chiffres sont sans appel. Pour l'année 2001 (dernière année connue), les statistiques de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) sont les suivantes : 1 337 salariés sont décédés suite à un accident de travail, dont 721 dans le cadre du travail proprement dit (article L 411-1 du Code de la Sécurité sociale) et 616 lors d'un accident dit de « trajet » (article L 411-2). Sur ces 1 337 décès, 827 sont dus à un accident de la route, dont 257 accidents de mission et 570 accidents de trajet. La route est la première cause d'accidents mortels du travail.

Salariés : une mobilité croissante

Les salariés sont de plus en plus mobiles, tant pour se rendre au travail que dans le cadre de leur activité professionnelle elle-même.

Pour se rendre au travail, la distance moyenne parcourue chaque année augmente régulièrement. C'est ce que souligne l'Insee dans une étude publiée en avril 2001. La séparation géographique de plus en plus grande du lieu de travail et du lieu d'habitation semble être une caractéristique des sociétés modernes. D'ailleurs les Anglo-Saxons ont un mot pour désigner ce phénomène. Ils parlent de *comuting*, et les salariés concernés sont désignés comme des *comuters*.

Dans l'activité professionnelle elle-même, la mobilité est de plus en plus importante.

On connaît bien sûr, et depuis longtemps, les professions dont le métier est le transport. On peut alors parler de « professionnels de la route » ; la conduite est le cœur de leur activité. Encore faudrait-il apporter une nuance importante entre le transport « lourd » (véhicules de plus de 3,5 tonnes), qui a pris des mesures précises pour diminuer la sinistralité routière (limitation des vitesses maximales en fonction du tonnage, définition rigoureuse du temps de conduite, formation particulière des conducteurs à la conduite en sécurité), et le transport « léger » (véhicules de moins de 3,5 tonnes) où les règles sont moins bien définies, alors que la sinistralité reste préoccupante.

Mais, au-delà des professionnels du transport, d'autres catégories de salariés sont très exposées au risque routier. Ce sont tous les salariés pour qui l'activité de conduite, sans être leur activité principale, occupe une partie importante de leur temps. On peut les qualifier de « professionnels sur la route ». On peut citer à titre d'exemples : les métiers du bâtiment et des travaux publics, la poste, EDF/GDF, France Télécom, les visiteurs médicaux, les techniciens de maintenance,

les commerciaux, et plus généralement la plupart des services aux personnes ou aux entreprises.

À l'inverse, les métiers les plus anciens et les plus industriels (métallurgie, chimie, textile) sont peu concernés.

Il faut par ailleurs noter que les secteurs à forte mobilité sont aujourd'hui en croissance beaucoup plus forte que les secteurs industriels classiques. En conséquence, l'exposition des salariés au risque routier est amenée à se développer plus encore dans les prochaines années. D'où l'importance de la mise en place d'une politique offensive en matière de prévention.

Donner du sens à l'acte de conduite dans sa relation au travail

Trop d'entreprises gèrent le risque routier comme s'il faisait uniquement partie de la sphère privée, la sphère des « accidents de la vie ». Et la question de la prévention de ce risque se réduit souvent à la préconisation d'un meilleur « comportement » du conducteur, ce terme étant par ailleurs assez mal défini. Dans la pratique, cela revient à faire porter l'effort de prévention sur le seul salarié, ce qui est à la fois trop étroit et peu efficace.

Les propositions de la branche « Accidents du travail » de la Sécurité sociale partent d'un point de vue différent : pour progresser dans la prévention du risque routier encouru par les salariés, il faut comprendre l'activité de conduite dans sa dimension professionnelle et pas seulement personnelle.

Il appartient alors à l'entreprise de bien repérer l'acte de conduite dans l'activité de travail, et d'organiser la prévention du risque lié aux déplacements comme elle organise la prévention des autres risques professionnels. Elle dispose pour cela des outils nécessaires, en particulier la directive 89/391/CE transcrite en droit français par la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 et intégrée dans le Code du travail à travers, entre autres, l'article L 230-2, directive qui définit les principes généraux de prévention des risques professionnels. On peut, partant de là, proposer la méthodologie suivante pour ce qui concerne le risque routier :

- Organiser le travail de façon à éviter ou limiter les déplacements en recourant à des moyens alternatifs (tels que téléconférences, audioconférences, etc.).
- Évaluer les risques liés aux déplacements et qui ne peuvent être évités.
- Lorsque des déplacements sont nécessaires, donner la priorité à l'utilisation des moyens de déplacement les plus sûrs (le train ou l'avion sont plus sûrs que l'automobile).
- Identifier et faire emprunter les itinéraires les plus sûrs (les autoroutes sont beaucoup plus sûres que les départementales).
- S'assurer que les véhicules utilisés sont aménagés et équipés pour les déplacements routiers, de façon à permettre des déplacements sûrs et l'exécution des autres

tâches liées aux déplacements en sécurité, et qu'ils sont maintenus en bon état de fonctionnement.

- Planifier les déplacements et les autres activités en vue de donner au conducteur le temps nécessaire pour conduire en sécurité, en tenant compte des temps de pause, de l'amplitude de la journée de travail et des contraintes prévisibles.

- Prendre des mesures, si des moyens de communication ou d'information équipent le véhicule, pour que les fonctions dont l'utilisation est incompatible avec la conduite en sécurité ne puissent être utilisées par le conducteur pendant que le véhicule est en mouvement.

- S'assurer que les salariés qui conduisent des véhicules routiers pour le travail ont les compétences nécessaires pour ce faire.

Cette démarche propose un ensemble de mesures qui permettent d'aborder la prévention de ce risque de manière plus structurée et donc plus efficace.

La question du trajet « domicile-travail »

Comme on l'a vu précédemment, le risque routier encouru dans le cadre des déplacements « domicile-travail » (le risque « trajet ») est également pris en charge par la branche « Accidents du travail » de la Sécurité sociale. En sollicitant les principes généraux de prévention des risques pour organiser la politique de prévention de l'entreprise dans ce champ particulier, il est possible de dégager un certain nombre d'axes concrets d'action tels que :

- Réduire l'exposition au risque routier en limitant les déplacements des salariés (mise à disposition d'un restaurant d'entreprise).
- Remplacer ce qui est dangereux par ce qui est moins dangereux (système de transports collectifs organisé ou financé par l'entreprise, transports en commun).
- Faciliter les accès et le stationnement des véhicules des salariés (aménagement des abords de l'entreprise, balisages, éclairage, organisation de la circulation interne, parkings).
- Inciter les salariés à veiller au bon état de leurs véhicules (contrôles techniques mis en place par l'entreprise, campagne éclairage, campagne pneumatiques).
- Apporter une aide aux salariés pour qu'ils puissent prendre la route dans des conditions aussi sûres que possible (aménagement des horaires, informations sur les conditions météo, informations sur les travaux en cours concernant le réseau routier emprunté par les salariés, information sur le temps nécessaire au déplacement en sécurité sur des parcours repérés).
- Informer et former les salariés pour ce qui est des risques encourus sur la route (campagnes de sensibilisation, journées d'information, actions ciblées de formation).

Des catégories particulières de salariés, telles que nouveaux embauchés, stagiaires, contrats à durée déterminée, intérimaires ont *a priori* une expérience plus limitée des voies d'accès à l'entreprise. Il est

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.

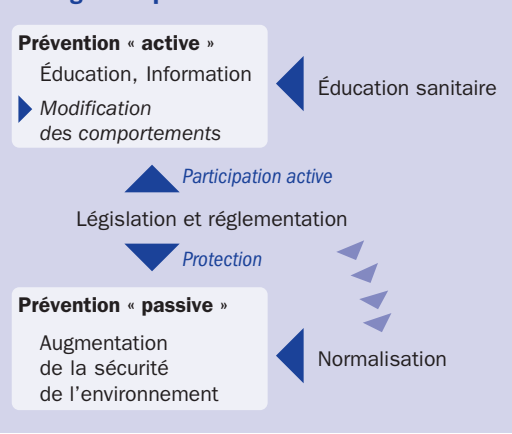
Les expériences de prévention des accidents domestiques ; succès et échecs : l'exemple des enfants

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

Différents types d'activités intégrées dans les stratégies de prévention des accidents



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).

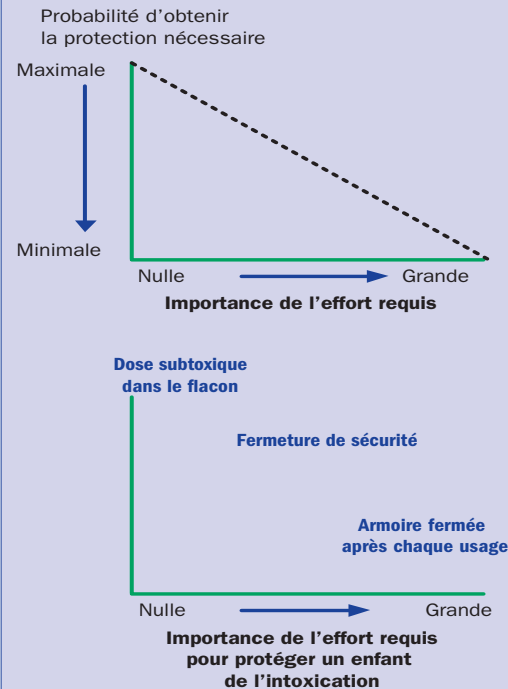
Toutefois, la protection passive a ses limites et le risque zéro est un leurre. Un environnement domestique sans aucun risque n'existe pas et n'est d'ailleurs probablement pas souhaitable. Une telle situation entraînerait la « déresponsabilisation » des familles, et une incapacité des enfants à maîtriser 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. 

Deux axes majeurs d'actions pour changer les comportements

Agir sur le comportement des automobilistes nécessite d'améliorer la formation des usagers de la route et de veiller à l'application rigoureuse des mesures légales avec des contrôles plus nombreux et suivis d'effets.

L'amélioration de la formation des conducteurs

Jean Flory
Président de la
Prévention routière

En France, aujourd'hui, 90 % des accidents de la route sont liés à une faute du conducteur, lequel dans la plupart des cas n'a pas une vision claire de la cause de son accident, de ses conséquences et de la manière de l'éviter. En un mot, le conducteur français souffre d'un grave déficit de culture de prévention. Ce changement de culture ne peut être réalisé que par une triple action. D'abord, une sérieuse éducation routière lors de la scolarité des enfants. Ensuite, un permis de conduire plus exigeant. Enfin, des actions d'information et de sensibilisation fortes pour les adultes tout au long de leur carrière de conducteur.

Chacune de ces étapes est importante. Les deux premières ont un effet très direct sur la prévention des accidents de la route des jeunes, mais marqueront profondément le comportement ultérieur de l'adulte.

Pour une véritable éducation routière

Le rapport du jeune avec l'automobile et la route est le fruit de toute une série d'informations, d'explications, de sensibilisations et de préconisations données à l'enfant tout au long de sa formation jusqu'à l'âge adulte. C'est au cours de ces années que se forge une culture de la prévention.

La première notion à transmettre est celle du partage de la rue ou de la route avec les autres usagers, quel que soit le mode de déplacement. Toutes les règles de

prévention routière sont fondées sur ce principe. Il doit être complété par la notion de courtoisie, c'est-à-dire du respect de l'autre, qui va au-delà de la règle et permet la vraie convivialité entre les usagers de la route. Cela s'explique et se démontre. Tel devrait être le premier objet de l'éducation routière à l'école, où l'enfant apprend les principes qui l'aideront à vivre en société.

Quand l'enfant grandit son exposition aux risques augmente. C'est à la nature de ces risques, à leurs conséquences et à leur prévention (ceinture, casque, respect du Code...) que le jeune, piéton, cycliste, cyclo-motoriste, doit être sensibilisé pour lui-même et pour les autres. Le temps du collège devrait permettre cet apprentissage.

Les années de lycée devraient enfin être consacrées à développer sa connaissance de l'ensemble des facteurs qui créent ou augmentent le risque : alcool, drogue, vitesse, médicaments, téléphone, fatigue... Ces sujets sont complexes, touchent à beaucoup d'aspects de la vie sociale, de la médecine et plus généralement de la science. Ils ont également une forte dimension morale puisqu'il s'agit du respect de la vie de l'autre et de sa propre vie.

L'apprentissage d'une telle culture de prévention ne peut se faire en quelques heures ni être concentré sur les premières années de l'école. C'est tout au long de la scolarité, chaque mois, que le jeune devrait accumuler cette somme d'informations qui fera de lui un conducteur responsable quand arrivera l'âge du permis. Une heure par mois d'éducation routière de la maternelle à la terminale paraît une durée modeste, comparée à ce que font d'autres pays autour de nous. Ce serait un progrès considérable par rapport aux pratiques actuelles en France. Comme l'a montrée une enquête Sofrès réalisée en juin 2001, les enseignants

sont partants pour une telle éducation. Encore faut-il les aider à l'assumer.

Un permis de conduire exigeant

Il n'y a pas d'activité humaine aussi dangereuse, entraînant autant de morts et de blessés que la conduite automobile. Et pourtant son apprentissage est des plus réduits. Les métiers à risques nécessitent des mois, voire des années d'apprentissage. Pour la conduite automobile, vingt heures de pratique et un apprentissage théorique court permettent de postuler — et d'obtenir — un permis passé dans des conditions de grande rapidité. Notre permis de conduire n'a guère évolué depuis sa création : au départ, il se concentrait sur la connaissance du Code et la maîtrise mécanique du véhicule, la conduite automobile n'étant alors qu'une activité accessoire de loisirs, comme la chasse ou la navigation de plaisance.

Le permis de conduire est aujourd'hui le diplôme le plus répandu chez les Français. Il est aussi indispensable à la conduite de la vie personnelle et professionnelle que la lecture, l'écriture ou l'informatique. Il devrait enfin être le garant de la vie du conducteur et de ceux avec qui il partage la route.

Ces constatations appellent évidemment à s'interroger sur la préparation des jeunes à ce qui est devenu une des activités sociales majeure de notre société.

La réponse est malheureusement apportée par les faits : la route est la première cause de décès des jeunes : 2 000 d'entre eux, de 18 à 24 ans, perdent chaque année la vie, soit un pourcentage deux fois plus élevé que le taux de décès sur la route des adultes.

Il est clair que c'est à la fois les enseignements théorique et pratique du permis qui doivent être renforcés.

Comme l'ont voulu les initiateurs de l'ASSR* et du BSR**, une vraie éducation routière dans le système scolaire doit faciliter l'acquisition des connaissances pour le permis. Mais en complément de cette première culture, une sensibilisation forte aux risques de la route et à leurs conséquences doit occuper une place essentielle, au moins égale à celle du Code de la route, dans l'enseignement théorique du permis.

Une pratique de vingt heures de conduite ne permet pas au jeune d'acquérir l'expérience dans les différentes configurations qu'il rencontrera le jour où il deviendra un conducteur autonome : nuit, autoroute, pluie, etc. Le temps d'apprentissage doit donc être également augmenté, sauf en cas de la conduite accompagnée où une expérience large a pu être acquise.

Il est évident, pour que ces avancées entrent dans la pratique, que l'examen lui-même doit être réformé tant dans sa partie théorique (son allongement et la connotation de prévention plus forte dans les questions

posées sont un début) que dans sa partie pratique qui doit être plus longue et plus diversifiée. Cela implique sans doute aussi d'augmenter la qualification des moniteurs.

Enfin, pour responsabiliser les jeunes, le principe d'un permis probatoire pendant les deux premières années devrait être introduit.

Ces réformes conduisent nécessairement à allonger le temps de formation et à en augmenter le coût.

Est-il déraisonnable, pour une activité exercée par la quasi-totalité des jeunes et qui s'intègre dans les apprentissages élémentaires de la vie professionnelle et citoyenne, de prévoir, à titre complémentaire, le concours des fonds publics de formation initiale ou continue ? S'agissant d'une formation générale et obligatoire, la réponse ne peut être que oui. L'investissement de l'État sur cette formation serait le plus efficace pour la prévention des accidents de la route en général et plus particulièrement pour la sauvegarde de la santé et de la vie des jeunes.

Une forte sensibilisation des conducteurs adultes

Les voitures, les routes, les règles du Code de la route, les médicaments évoluent. Tous ces changements doivent être connus des conducteurs pour qu'ils puissent continuer à conduire dans des conditions de sécurité. Tel n'est pas nécessairement le cas. Les conducteurs dont les permis sont anciens ignorent nombre des nouvelles pratiques, règles et signalisations introduites au fil des années dans le Code de la route. Il faut donc les inviter à se recycler au bout d'un certain temps de permis, cela dans leur propre intérêt et l'intérêt des autres.


Mais de nouveaux dangers apparaissent aussi avec les évolutions de la technologie. Le téléphone ou les médicaments en sont l'illustration la plus claire.

De même, dans un autre registre, les drogues ou des maladies nouvellement détectées peuvent constituer des obstacles dirimants à la conduite.

Autant de points sur lesquels le conducteur doit être informé par une action déterminée dans les médias si l'on veut que ces facteurs aggravants n'entraînent pas une recrudescence des accidents.

D'activité élitiste et de loisirs, l'automobile est devenue un élément essentiel de l'existence des citoyens, que ce soit pour le travail, la vie familiale ou les vacances. On ne peut plus traiter la conduite comme la chasse ou la navigation de plaisance.

Une culture de la prévention des accidents de la route devient un élément fondamental de l'éducation tout court. École, permis de conduire, médias, en sont les voies d'acquisition. Seule l'acquisition de cette culture que l'on rencontre chez certains de nos voisins (pays scandinaves, Hollande, Angleterre...) nous permettra de tendre vers ce zéro accident que notre société recherche si passionnément dans toutes les activités dangereuses de la vie.

En France, il y a encore un long chemin à faire. 

* Attestation scolaire de sécurité routière, passée en classe de 5^e et de 3^e.

** Brevet de sécurité routière, obligatoire pour les jeunes de 14 à 16 ans souhaitant conduire un cyclomoteur.

Un outil pédagogique pour les lycées

Préoccupées par la mortalité des jeunes sur la route, et répondant à des besoins exprimés par les enseignants, la Prévention routière et la Fédération française des sociétés d'assurance viennent de diffuser à l'ensemble des lycées français un outil pédagogique intitulé : *Le risque, les jeunes et la sécurité routière*.

Constitué d'un livre et d'un CD-rom, cet outil a été conçu pour être utilisé dans le cadre des dispositifs lycéens : éducation civique juridique et sociale (dès la seconde) et travaux personnels encadrés (en première et terminale). Il vise à ancrer l'éducation à la sécurité routière dans une perspective transdisciplinaire en mettant à la disposition des jeunes et des professeurs une vaste base documentaire sur le sujet.

Son but est aussi, grâce à sa partie méthodologique, d'aider les jeunes à mener des projets de sécurité routière sur le terrain, dans leur lycée ou leur quartier.


Le livre se décompose en cinq dossiers documentaires et un chapitre méthodologique pour aider à choisir un sujet et à le mener à bien. Les dossiers documentaires composés de documents aux genres variés (reportages, entretiens, photographies, ...) permettent différents angles d'approche pour chaque thème :

- Déplacements, se déplacer à travers les âges ;
- Environnement, espace public, espace partagé ;
- Technologie, les véhicules « intelligents » ;

- Risques, les conduites à risques ;

- Responsabilité, le civisme en mouvement, vivre ensemble.

Le CD-rom propose un jeu interactif construit autour du spot publicitaire « Le Carrefour » invitant les élèves à prendre des décisions pour leur sécurité sur la route. On y trouve également l'ensemble des éléments du livre en format téléchargeable, des liens interactifs, des ressources audiovisuelles pour approfondir la réflexion et un carnet de bord pour le lycéen menant un projet.

La prochaine étape sera la communication sur les projets menés grâce à cet outil, à travers un numéro du magazine de la Prévention routière « *Circuler autrement* ». À suivre... 
Site : www.preventionroutiere.asso.fr.

Formation des conducteurs : propositions de l'Union européenne

L'Union européenne travaille aussi à l'amélioration de la sécurité sur les routes. Un projet de recherche appelé « Gadget » fait partie du programme cadre de la DG VII. Son but est d'évaluer « *les changements du comportement au volant consécutifs à l'introduction de mesures de sécurité touchant le véhicule, aux modifications visuelles de l'espace routier, aux mesures éducatives, scolaires et juridiques ainsi qu'aux campagnes de sécurité* ».

Les propositions présentées ici sont celles du groupe qui a travaillé sur le thème « Systèmes de formation des conducteurs ».

Ce groupe de travail avait pour objectif d'élaborer des propositions d'optimisation basées sur des études et l'opinion des experts. Il a évalué le gain de sécurité de différents modèles de formation (formation proprement dite, examen, conditions et organisation temporelle), afin d'en tirer les recommandations suivantes.

Les systèmes d'admission à la conduite

Selon les pays, il existe différents

systèmes d'admission à la conduite, que l'on peut classer :

- systèmes à une phase (Danemark, Grande-Bretagne, États-Unis d'Amérique...);
- systèmes comportant une phase de formation et une phase probatoire (Suède, Allemagne) ;
- systèmes comportant deux phases de formation et une phase probatoire (Luxembourg) ;
- systèmes comportant deux phases de formation et un permis provisoire (Finlande) ;
- systèmes à permis de conduire échelonné (*graduated licensing system*) (Nouvelle-Zélande, New South Wales, Ontario).

L'évaluation de ces différents systèmes conduit aux propositions suivantes :


- La formation à la conduite est plus efficace si elle fait partie d'un système d'admission bien conçu (admission échelonnée au permis de conduire définitif (*graduated licensing system*), phase probatoire, expérience en milieu protégé...) et si l'on accorde plus d'importance à l'auto-évaluation

ainsi qu'aux influences psychologiques et sociales sur le comportement au volant ;

- L'éducation à la sécurité à l'école peut améliorer l'effet de la formation ;

- Un examen de conduite approfondi a une répercussion positive sur le niveau de formation. Il faut intégrer des capacités (telles l'auto-évaluation, la perception des dangers) aux conditions d'admission à l'examen. Des expériences finlandaises ont montré qu'il est possible d'introduire l'auto-évaluation à l'examen de conduite. Après l'examen, candidats et instructeurs devraient recevoir un compte-rendu détaillé ;

- La formation complémentaire peut réduire le taux de récurrence des conducteurs délinquants. Des programmes pour jeunes conducteurs délinquants proposent un ensemble d'interventions éducatives, psychologiques et sociales ;

- Des cours de perfectionnement peuvent être proposés aux conducteurs après leur formation. 

Le dispositif de contrôle-sanction : limites et progrès possibles

Marie-Chantal Jayet
Psycho-sociologue,
chercheur à l'Inrets,
département
Évaluation et
recherche en
accidentologie

L'actualité socio-politique de la prévention de la conduite sous cannabis et autres stupéfiants met en relief le mode d'action dominant de la politique de sécurité routière qui fait que le recours réglementaire et répressif, et le dispositif de contrôle et de sanction, sont les instruments principaux de la réduction des accidents. Les éléments fondateurs de cette ligne majeure d'action sont : la prévention des comportements dangereux en tant que facteur de risques principal, l'incrimination et le contrôle répressif de ces comportements de conduite en tant que responsables de risques routiers. La réponse politique actuelle au risque des stupéfiants en termes de réglementation et de répression sévère, l'activité législative parlementaire et la médiatisation qui les accompagnent sont les épisodes habituels de la création d'un nouveau délit.

Appliqué sur fond de débat scientifique portant sur la dimension accidentelle de la conduite sous cannabis, le contrôle répressif du risque des stupéfiants actualise deux questionnements sur l'usage de ce mode de prévention. Le premier, qui tient au fait de polariser les ressources d'action sur le contrôle répressif, est celui du rapport coût/efficacité de ce dispositif d'action. Le second tient à la double nature du danger des stupéfiants, à la fois facteur de risques routiers et problème de santé publique. Cela pose la question des limites d'un mode d'action sectoriel répressif vis-à-vis de facteurs de risques à double identité sectorielle d'action (quelquefois triple). C'est le cas notamment de l'alcool et de la vitesse, qui sont responsables de la majeure part de la récurrence routière. Ces questions d'efficacité, toujours à l'arrière-plan mais rarement formulées en ces termes, portent le débat sur le rôle spécifique du contrôle réglementaire et répressif et sur ses fonctions et places dans la prévention des accidents de la route.

Le dispositif de contrôle et de sanction englobe les corpus législatif et réglementaire du Code de la route et leurs classes respectives d'infractions (délits, contraventions), les dispositions de leur application dans le cadre du droit pénal et les modes de contrôle associés. En principe, il a pour fonction générale d'établir les règles garantissant la circulation automobile, et de les faire respecter en sanctionnant leur transgression. En pratique, à la charnière des deux secteurs d'action publique que sont la politique pénale et la politique de sécurité routière, le cadre pénal d'application du droit

routier est largement reformaté à l'heure actuelle par les ajustements opérés pour appliquer la stratégie et les critères d'efficacité de contrôle répressif adoptés en politique de sécurité routière. Logiquement, plutôt que de plier le cadre pénal à des critères d'action qui lui sont exogènes, la masse réglementaire principalement concernée aurait dû sortir du cadre pénal d'application, comme c'est le cas dans la plupart des pays européens.

La stratégie dominante et déterminante de la dissuasion

Si le recours à l'action réglementaire et répressive est aussi ancien que la circulation automobile, l'utilisation du contrôle répressif comme outil principal, parfois exclusif, de réduction du risque routier vient de la ligne préventive de la politique de sécurité routière instaurée au début des années soixante-dix. Ciblée sur la réduction des comportements de conduite dangereux, pilotée selon la « théorie » comportementale de la dissuasion qui lie l'efficacité du contrôle à la fréquence et à l'automatisme de la sanction, cette ligne préventive est à l'origine du formidable développement en trois décennies du dispositif et de l'activité de contrôle répressif des infractions routières. La stratégie de dissuasion et ses critères d'efficacité ont provoqué une forte activité de réforme du cadre pénal du droit routier. Nombre d'innovations législatives et judiciaires ont modifié le processus « détection, poursuite, sanction » pour intensifier le contrôle des infractions, accroître la rapidité et l'automatisme de la sanction, et instituer un dispositif de répression de masse.

Les principales réformes au service de la dissuasion

La finalité dissuasive étant d'empêcher les conducteurs de commettre et de répéter des comportements dangereux, la gamme des incriminations pénales est d'abord étendue aux risques étudiés par l'analyse statistique des accidents (alcool) ou par l'expérimentation (vitesse, ceinture, casque). Les autres réformes introduisent et généralisent des techniques particulières visant à accroître la fréquence du contrôle policier et à réduire le délai d'application de la sanction afin d'optimiser l'effet dissuasif de l'action répressive. Toutes les phases pénales sont concernées par ces nouvelles techniques :

- l'incrimination et la classification au moyen de seuils légaux (alcoolémie, vitesse ; seuils délictuel et contraventionnel),
- la preuve légale au moyen d'appareils de mesure (éthylomètre, éthylotest ; radars, laser...),
- la poursuite par des procédures de plus en plus simplifiées (ordonnance pénale, saisine directe du parquet par attache téléphonique...),
- la sanction par l'amende forfaitaire (gamme d'amendes fixes),
- dernièrement, l'incrimination du propriétaire du véhicule à la place du conducteur (vitesse).

Les deux dernières dispositions permettent d'utiliser les technologies de contrôle-sanction automatisé.

La priorité du risque alcool a aussi produit une activité législative continue et des innovations juridiques et techniques nombreuses, la tolérance sociale étant très élevée en France, pays premier producteur et premier consommateur de vin. Les moyens accrus de dépistage du nouveau délit de taux illégal d'alcoolémie, les poursuites accélérées, les peines diversifiées et aggravées dotent la France de l'arsenal législatif et répressif le plus impressionnant d'Europe. Par comparaison, la réforme du contrôle répressif de la vitesse, risque beaucoup plus répandu et encore plus toléré dans la société française, est très limitée (seuils de vitesse par catégorie de réseau) : l'action sur les moyens d'application, pratiquement inexistante, débute à présent, soit plus de vingt ans après le traitement du risque alcool.

Des directives de campagnes périodiques de contrôle policier, ciblées sur les comportements à risque (alcool, vitesse, ceinture, casque), complètent ces réformes. Surtout appliquées au risque alcool, ces innovations ont multiplié par sept, en vingt ans, le nombre des dépistages des alcoolémies, et par cinq le chiffre des condamnations des alcoolémies illégales. Actuellement, il y a plus de 7 millions de dépistages préventifs et plus de 100 000 condamnations par an.

L'application en 1992 du système administratif de « permis à points » parachève l'armature du dispositif dissuasif. L'usage dissuasif des points diverge de la formule appliquée en Allemagne et de sa finalité dernière, conçue aux États-Unis d'Amérique, de diagnostic et de traitement des conducteurs à risques (alcool, en particulier).

Les effets sur le dispositif et l'activité de contrôle

La substance pénale de la partie réglementaire du droit routier (contraventions) est profondément altérée, au point d'être, à présent, qualifiée de « droit pénal-administratif ». Le barème d'amendes fixes, généralisé à la majorité des contraventions des 4 premières classes (dont la vitesse), en est le principal vecteur :

- les principes pénaux d'individualisation de la peine et de jugement contradictoire sont caducs,
- verbalisation, poursuite et sanction sont réunies sur la phase policière de détection de l'infraction,
- la majorité des contraventions sont traitées hors des tribunaux par les forces de police.

Pour les forces de police, l'activité de contrôle routier est radicalement transformée, diversifiée, accrue, plus coûteuse en budget/temps (hommes, patrouilles) et équipement (éthylotests, éthylomètres, radar...), le surcoût étant en grande partie dû aux campagnes ciblées et au traitement des amendes. En fait, les forces de police sont devenues les principaux opérateurs du contrôle. Leurs ressources étant limitées, le contrôle de masse attendu de ces réformes est inégal : le dépistage de l'alcoolémie est décuplé, le volume de contrôle des autres infractions stagne, et même décroît, une fois

rapporté au trafic. Ce bilan pose la question du rapport « coût-efficacité » de la stratégie dissuasive et de la réforme du dispositif.

La mise en crise du modèle préventif de la dissuasion

Datant du début du plein essor automobile et de l'instauration d'une politique de sécurité routière en réponse aux 16 000 morts sur les routes d'alors, adopté par tous les pays occidentaux à fort développement automobile, le modèle de la dissuasion est à l'heure actuelle en crise, même si les technologies de contrôle automatisé lui donnent un second souffle.

La baisse insatisfaisante du risque routier, l'explosion du trafic automobile, le coût d'équipement en technologies nouvelles figurent parmi les motifs faisant que, en Suède et aux Pays-Bas, ce modèle a été supplanté dans les années quatre-vingt-dix par des approches globalisantes et radicales mettant en cause le système de production du transport automobile et de régulation de son risque : la « vision zéro » suédoise et la « sécurité durable » hollandaise changent radicalement la perspective d'analyse du risque et de politique préventive en substituant « l'erreur » à « la faute de conduite ».

Jugées révolutionnaires, ces réformes usent en fait de l'approche interactive classique du risque routier : le taux de risque du transport automobile résulte de la qualité des interactions « homme, véhicule, environnement routier », et de la cohérence d'action entre tous les opérateurs du système (conducteurs, concepteurs de l'infrastructure, des véhicules et de la régulation du trafic). La validité interactive a été largement vérifiée pour la vitesse par les travaux des années quatre-vingt-dix (en particulier, le projet européen Master) portant sur les principaux déterminants du risque de la vitesse de déplacement, caractères techniques de l'offre de circulation compris (route, véhicule).

Des raisons variées de mise en crise du dispositif

Sur fond d'activité conjuguant problèmes de ressources endémiques et surcoûts de la politique de dissuasion, les évolutions de la circulation automobile et de la mobilité détériorent fortement les conditions du contrôle en aggravant les manques de moyens.

Les ressources du secteur mis en première ligne par la stratégie dissuasive (forces de police) laissent un jeu de marge étroit pour intégrer les surcoûts de l'activité intensive exigée. Dès le début existe le handicap dû au rapport de taille déséquilibré entre ressources policières spécialisées (5 600 policiers ; 8 000 gendarmes) et longueur de réseau à surveiller (près de 1 million de kilomètres). Le problème de répartition des effectifs s'y ajoute (une patrouille pour 410 km de route secondaire, où le taux de risque est le plus fort). Ce déficit est accentué par la polyvalence des forces de police non spécialisées, les priorités d'ordre public autres, les effectifs stagnants et l'explosion du trafic. L'autre déficit est le sous-équipement en bases informatisées locales de gestion, de suivi, d'ajustement du contrôle

(données accidents, infractions sur le réseau local de compétence).

L'état actuel de la circulation aggrave le problème des moyens :

- l'automobile est devenue le mode majoritaire de déplacement (80 %),
- le volume global de trafic et les distances parcourues croissent sans cesse,
- la plupart des véhicules dépassent aisément la vitesse de 150 km/h,
- les infrastructures à fort débit et à grande vitesse augmentent,
- la part de circulation en milieu urbain grandit,
- les vitesses moyennes de parcours, des flux de trafic, croissent sans arrêt,
- 7 conducteurs sur 10 ne respectent pas la limitation de vitesse en agglomération.

Pour compléter ce bref aperçu général, le risque alcool stagne malgré l'intensification des contrôles (12 % des accidents) et la récurrence des infractions alcool et vitesse est élevée.

En définitive, les motifs de la crise sont présents dès la mise en route du modèle dissuasif et liés aux deux handicaps opérationnels suivants : l'absence de programmation conjointe des ressources nécessaires à l'application des nouvelles méthodes répressives ; l'usage d'un modèle d'action déconnecté des dimensions et des évolutions de son contexte d'application (cadres institutionnels, systèmes techniques de circulation, mobilité).

Des options de progrès à court et long termes

Les voies de progrès sont en grande partie dans la levée d'incohérences pour la plupart visibles dans la situation décrite.

Achever la réforme du dispositif de contrôle et de sanction, en parachevant les moyens logistiques du panel de méthodes appliquées, en fait partie. Il s'agit de :


- Dépénaliser la part réglementaire des 4 premières classes de contraventions du Code de la route, soit : affranchir la gestion des sanctions (amende fixe, points du permis) du maintien paradoxal, et anormal, de techniques répressives non pénales dans un cadre relatif de garanties pénales.
- Étayer le dispositif d'action par une logistique équipant les forces de police en moyens informatisés compatibles de gestion locale du contrôle, et le réseau de circulation en systèmes automatisés de contrôle répressif.

- Optimiser l'investissement lourd, coûteux du système à points en finalisant le retrait de points dans le diagnostic et le traitement des conducteurs à risques (alcool et autres drogues, vitesse), l'exemple allemand indiquant un gain de 50 % de la récurrence alcool.

C'est un programme de cinq à dix ans qui mettrait la France au diapason de ses voisins britanniques et autres Européens souvent cités pour leurs résultats en sécurité routière, et qui ont pratiqué dès la fin des années quatre-vingt des politiques d'action sur dix ans couplant objectifs chiffrés de réduction du risque et programmation des ressources conjointes à développer.

À long terme, la voie la plus prometteuse est dans la ligne ouverte par les Suédois et les Hollandais en rupture avec la représentation unilatérale et comportementale du risque. Selon la « vision zéro » suédoise, s'il y a tant d'accidents et d'infractions, le système de prévention est mauvais. Elle prend tout son sens quand :

- 70 % des conducteurs violent la limite de vitesse, et un tiers des conducteurs passant en justice pour alcoolémie illégale ont des problèmes de santé liés à l'alcool,
- des véhicules pouvant aller à 200 km et plus circulent en milieu urbain (vitesse limite générale de 50 km/h) sur des infrastructures à fort débit et facilitant la vitesse des automobilistes,
- le conducteur privé de son permis pour alcoolémie illégale continue à circuler en voiture dans le même état en raison de problèmes de dépendance à l'alcool.

À la fois signes d'échec et exemples des limites préventives de l'action répressive en raison de la nature composite des causes de risques, ces faits indiquent que la projection à vingt ou trente ans suppose davantage que des solutions technologiques de contrôle intensif dont on sait, par ailleurs, les effets temporaires. Ils éclairent le besoin d'une gamme coordonnée d'actions et de secteurs de prévention (équipement, santé, industrie, aménagement du territoire), répondant aux divers composants du risque routier (homme, véhicule, route, trafic), de la mobilité (mode automobile dominant, habitat urbain généralisé), et de la population (vieillesse démographique, pathologies à risques). À long terme, le progrès est dans l'intégration du mode actuel et dominant d'action (comportemental) à un schéma global d'analyse et de prévention faisant place à toutes les dimensions interactives du risque routier, c'est-à-dire faisant du contrôle et de la sanction l'un des moyens de prévention, et non plus le principal. 

Focus sur des facteurs de risques

Limiter la vitesse et éviter la conduite sous emprise de l'alcool, de drogues ou de médicaments sont des moyens pour réduire le nombre et la gravité des accidents. Mais on peut aussi rendre les véhicules et les voies de circulation plus sûrs.

La vitesse dans le système social de circulation

Marie-Berthe Biecheler-Fretel

Directeur de recherche à l'Inrets, département Évaluation et recherche en accidentologie

La vitesse est toujours intrinsèquement considérée comme un droit qu'accompagne l'idée de liberté et de progrès. Elle est, et c'est sa qualité singulière, consubstantielle à l'automobile qui représente une « valeur phare de l'autonomie » [21] : avec l'automobile, c'est quand on veut et où on veut, et l'on pourrait ajouter comme on veut. Cette représentation résiste d'autant mieux aux valeurs de sécurité, qu'au niveau individuel l'accident est un phénomène rare et instable, et sa possibilité de prédiction statistique faible [8]. L'évolution de la mobilité, y compris dans le domaine routier, va dans le sens des vitesses croissantes. Au quotidien semble prévaloir une seule loi : toujours plus loin, toujours plus vite.

Le risque et la dangerosité associés à la vitesse

Il est cependant une vérité statistique solidement établie, que les études en France et à l'étranger ont largement démontrée et qui fonde l'instauration de limitations de vitesse : il y a une étroite corrélation entre la vitesse et le nombre de tués sur les routes, et inversement, ce nombre diminue d'autant plus que les limitations sont rigoureuses et strictement appliquées [12, 19].

Il est admis en règle générale qu'une augmentation de 1 km/h de la vitesse moyenne entraîne une hausse des

accidents de 3 %. Les études anglaises récentes [16] indiquent qu'une diminution de la vitesse moyenne de 1,6 km/h réduit les accidents corporels de 5 %. Cette réduction varie en fonction du réseau, elle est plus importante en zone urbaine (6 %) et moins importante sur voie rapide (3 %). Les passagers impliqués dans une collision à 80 km/h ont vingt fois plus de chances de mourir qu'à 30 km/h. Heurtés à une vitesse de 32 km/h, 5 % des piétons sont tués ; à une vitesse de 48 km/h, 45 % sont tués et à une vitesse de 64 km/h, 85 % sont tués.

Bon nombre d'études attestent également le caractère dangereux de la vitesse à l'échelle individuelle. L'ensemble des travaux menés sur le « comportement de base » de l'utilisateur [9] sont à cet égard éclairants. Le comportement infractionniste en matière de vitesse repose sur deux ressorts fondamentaux : l'un consiste à choisir et à maintenir sa « vitesse de base » quelles que soient les conditions de circulation et constitue une constante de l'utilisateur ; l'autre relève de la tendance à la compétition avec les autres usagers, s'exprimant principalement par des rivalités lors de dépassements. Les deux tendances, qui ne s'avèrent pas obligatoirement liées, peuvent coexister. L'infraction de vitesse est généralement le symptôme d'une tendance à l'irrégularité plus globale en matière de conduite ; elle s'accompagne d'un cortège d'infractions satellites, principalement des dépassements douteux, des manœuvres impliquant la proximité dangereuse d'autres usagers ou des violations de leur territoire de conduite. On continue pourtant le plus souvent à parler de la vitesse comme d'une modalité de conduite isolée, sans songer à la situer du côté de l'automobiliste dans l'ensemble des caractéristiques comportementales

qu'elle induit. Associée à la conduite sous l'effet de boissons alcoolisées, la vitesse s'avère encore plus dangereuse. Sur la question importante des proximités dynamiques dangereuses, les études sur autoroute confirment que les temps inter-véhiculaires courts sont souvent associés à des vitesses illégales dans des situations de trafic autorisant pourtant des intervalles sûrs : un conducteur sur dix roule à une vitesse supérieure à 130 km/h et à moins de 2 secondes du véhicule qui précède [1].

Les vitesses pratiquées dans le système de circulation : prévalence de l'illégalité

Les enquêtes de l'Observatoire national interministériel de sécurité routière permettent d'observer chaque année les vitesses pratiquées par les usagers de la route sur les diverses catégories du réseau. À partir de ce système d'observation, l'Inrets a analysé comment la dimension de conformité aux pratiques ambiantes et celle de respect de la règle légale se recouvrent sur les différentes routes du territoire national [6].

Trois dimensions principales viennent structurer dans la pratique les comportements des automobilistes en matière de vitesse : le choix de la règle légale, la tolérance à s'écarter du seuil légal tout en restant conforme à la pratique moyenne, la revendication du droit « à choisir » sa vitesse en roulant soit nettement plus vite, soit nettement plus lentement que les autres. Selon la catégorie de route et la limite réglementaire qui y prévaut, les conducteurs sont plus ou moins nombreux à privilégier l'une ou l'autre de ces dimensions.

Au cours de la période 1986-1998, sur les réseaux limités à 130 km/h ou à 110 km/h, on assiste à une augmentation des vitesses allant de pair avec une part croissante des conducteurs qui choisissent de rouler délibérément plus vite que tout le monde sans se soucier du seuil légal (de 35 % à 40 % sur autoroute de liaison, autoroute de déviation ou route nationale à deux fois deux voies). Ces conducteurs appliquent en fait leur propre norme, jugeant la règle de peu d'utilité par rapport au risque encouru et au bénéfice de la vitesse : ils roulent en moyenne à 143 km/h pour une limitation à 130 et à 128 km/h pour une limitation à 110. Sur ces mêmes réseaux toutefois, une moitié des conducteurs et parfois plus (de 47 % à 60 %) reconnaissent et respectent la limite légale.

A *contrario*, le dépassement de la vitesse légale fait partie des pratiques majoritaires sur les réseaux en agglomération (de 50 % à 70 % sur artères en agglomération ou traversée et entrée-sortie d'agglomération roulant au-dessus de la limite légale). L'abaissement du seuil légal de 60 km/h à 50 km/h a certes fait diminuer les vitesses en agglomération, mais les positionnements des conducteurs témoignent d'une résistance à appliquer le nouveau seuil de 50 km/h. La plupart roulent encore à plus de 60 km/h, voire à plus de 70 km/h en entrée-sortie d'agglomération. Ainsi donc, dans des situations de circulation en agglomé-

ration que l'on sait objectivement dangereuses mais pour lesquelles le « *sentiment de danger est faible* », la règle n'est pas respectée.

Sur le réseau départemental et national limité à 90 km/h, les vitesses sont restées au fil des années extraordinairement stables. Sur ces réseaux, la répartition entre les diverses tendances reste équilibrée, mais il n'en demeure pas moins qu'entre un quart (sur route nationale) et un tiers (sur route départementale) des conducteurs roulent à des vitesses largement illégales, en moyenne de 107 km/h ou 108 km/h.

Ainsi la peur des accidents de la route, classée semble-t-il en bon rang parmi les préoccupations des Français, n'a pas fait reculer ces dernières années la pratique des vitesses illégales. On continue à admettre dans notre société que la vitesse peut être choisie subjectivement. La motivation de sécurité reposant sur un ordre collectif rationnel et citoyen s'avère tout de même prépondérante chez la fraction des usagers « légalistes ». Pour les autres, la notion de sécurité collective passe au second plan derrière la recherche de bénéfices individuels que peut procurer la vitesse, qu'elle soit liée au plaisir propre qu'elle procure ou à la rentabilisation du véhicule et du temps.

La perception du contrôle répressif par les conducteurs et par les acteurs du contrôle

Les conducteurs qui adoptent une vitesse illégale sont assez rarement troublés. Peu de circonstances, en effet, viennent remettre en cause une vitesse habituelle plutôt ressentie comme conforme aux vitesses pratiquées autour de soi sur la route [7]. Étudiant les représentations des conducteurs en matière de contrôles et de sanctions, Renouard souligne que l'automobiliste n'intériorise pas la règle du Code mais la tient comme une contrainte évitable, voire comme une ressource à sa disposition [24]. La règle est facultative, seule une interprétation de la situation défavorable à la transgression en raison de la présence des autres ou du risque d'arrestation puis de condamnation l'incite à respecter le Code. Le point de vue des animateurs, encadrant les stages du permis à points, sur « leurs » infractionnistes rend compte du peu de culpabilité exprimé par l'infractionniste vitesse : l'abus de vitesse passe pour bénin ; les « gros rouleurs », eux, s'abritent derrière de nombreux arguments justifiant l'infraction [11].

Par ailleurs, lorsque la sanction survient en matière de vitesse, elle n'entame pas le « label de bon conducteur ». Aux yeux des automobilistes, l'ordinaire des infractions constatées par la police et punies par les tribunaux ne font courir de risques à personne. La sanction, bien loin de l'idée de réparation due à une violation de l'ordre social, est le coût à payer pour la liberté que l'on s'octroie. Comme le révèle une enquête de l'Inrets [7], un quart des conducteurs roulant à une vitesse supérieure à celle des autres ont déjà été verbalisés, ce qui tend à prouver que l'ampleur actuelle des

sanctions ne parvient pas à les dissuader de réitérer leurs excès de vitesse.


Les études menées par observation des acteurs du contrôle [10, 32] tendraient à montrer que l'activité de surveillance des infractions n'apparaît pas pour ces derniers comme une priorité. L'ensemble des tâches liées à la sécurité routière est flou et du reste le terme de sécurité routière est peu employé par les forces de police et de gendarmerie pour qualifier l'activité de sécurité routière : on parle plutôt de police de la circulation (en ville) ou police de la route (en rase campagne). Cela est un symptôme de l'écart entre mission nationale et pratiques sur le terrain. Le lien de causalité entre l'investissement de forces dans la gestion de la circulation et les résultats de sécurité routière reste à établir. L'incertitude quant à la légitimité de toute action répressive, le poids du regard constant de l'opinion, surtout lorsque les contrôles s'exercent comme en sécurité routière vis-à-vis d'une population « ordinaire », sont particulièrement vifs dans la police urbaine.

Après verbalisation, l'agence policière peut décider d'un abandon de poursuite officieux : c'est la pratique de l'indulgence. Les indulgences semblent être l'ordinaire pour les contrôles de vitesse. Le taux d'indulgence, près du tiers des affaires constatées, estime-t-on, pourrait atteindre plus de 50 % [22]. Ces demandes d'indulgence sont à appréhender comme un facteur déterminant de l'appauvrissement de la légitimité des contrôles, du côté des agents verbalisateurs comme du côté des automobilistes.

En conclusion

Lorsque les règles de sécurité routière sont douées d'une force unique de légalité-sécurité, la cohésion sociale qui s'établit à leur égard est forte : c'est le cas de l'alcool, ce n'est pas le cas de la vitesse. Les constructeurs, par leur communication, participent largement au manque de consensus dans le domaine de la vitesse : leurs publicités, depuis quelques années, tendent à démontrer aux usagers qu'avec les progrès techniques ils seront toujours plus maîtres de leurs véhicules et sauront faire face à toutes les situations.

Le constat de stagnation des vitesses avec prévalence de tendances illégales, s'il reflète le peu de diffusion dans les esprits du danger lié à la vitesse, traduit aussi l'impuissance de l'ensemble des acteurs du système circulation-contrôle-répression. Le permis à points a échoué dans sa présumée fonction pédagogique auprès des conducteurs. Le législateur tablait, sans doute, sur la perception par le conducteur d'un contrôle des infractions systématique, équitable et massif, soit un mode théorique bien peu conforme à la réalité du système répressif.

Alors que la vitesse apparaît encore largement comme un mode d'expression individuel, son changement de statut ne peut résulter que d'une prise de conscience et d'une mobilisation collectives. 

**Charles
Mercier-Guyon**
Secrétaire
du Conseil médical
de la Prévention
routière

Alcool, drogues, médicaments et conduite automobile

Si le rôle de l'alcool dans la genèse des accidents de la route est connu depuis plusieurs décennies et a abouti à des mesures législatives aujourd'hui sévères, force est de constater que le rôle accidentogène des drogues illicites est encore peu connu du grand public, principalement du fait du manque actuel de moyens légaux et du développement encore limité des techniques de dépistage.

Le rôle de nombreux médicaments est également fortement suspecté et des progrès restent à faire pour diminuer leur rôle dans les accidents.

Les risques liés à la consommation de drogues

Au plan épidémiologique, il apparaît que l'alcool reste la principale cause d'accidents graves ou mortels (entre 30 et 50 % selon les études). La présence de drogues illicites est retrouvée, selon les études françaises et étrangères, dans 10 à 18 % des cas. Une étude nationale, menée dans le cadre du dépistage de drogues illicites chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel, est en cours. Toutefois, toutes les études menées à l'étranger depuis plus de quinze ans ont révélé que 6 à 15 % des conducteurs accidentés étaient sous l'influence de drogues illicites dans des pays dont les caractéristiques socio-économiques et les modes de vie sont voisins du nôtre.

Les études expérimentales ont prouvé que l'alcool agit à deux niveaux sur la conduite :

- d'une part, en allongeant les temps de réaction et en diminuant l'attention,
- d'autre part, en modifiant le comportement avec une prise de risques excessive, cela dès le taux de 0,20 g/l.

En ce qui concerne les drogues illicites, on a pu prouver que le cannabis induit une ivresse voisine de celle de l'alcool, avec, de plus, des distorsions sensorielles.

Ces effets sont encore plus marqués avec les cannabis à forte concentration, qui sont de plus en plus fréquemment retrouvés.

Le débat sur la dangerosité du cannabis au volant est apparu depuis quelques années. Les premières études, réalisées avec de faibles concentrations de cannabis, montraient que, si un effet sédatif et une altération des perceptions était indiscutables, ces altérations de la capacité de conduite semblaient compensées par une relative diminution de la prise de risques, au contraire de l'alcool. Malheureusement, cette « compensation » disparaît dès que la concentration dans le sang augmente, soit du fait d'une consommation importante (il n'est plus rare d'observer des consommateurs fumant

plus de dix joints par jour), soit du fait d'une absorption rapide du produit (utilisation de bangs). De ce fait, une ivresse incompatible avec la conduite est de plus en plus fréquemment observée.

Les études visant à évaluer le sur-risque d'accident (Société de l'assurance automobile du Québec, Société française de toxicologie analytique) ont démontré que le risque d'accident était multiplié par un facteur de 2 à 3 chez les conducteurs sous l'influence de cannabis, ce qui correspond, au minimum, au risque observé avec un taux d'alcoolémie de 0,5 g/l.

La cocaïne, si elle peut améliorer transitoirement les performances mentales par un effet stimulant, agit également en augmentant la prise de risques et l'agressivité des conducteurs.

Les autres drogues (héroïne, LSD, crack) ont également des effets dévastateurs sur le comportement à tel point que leur consommation empêche heureusement souvent les utilisateurs de prendre le volant. Mais l'usage intense d'ecstasy, au cours des rave-parties, fréquemment dans le cadre d'une association de plusieurs produits, crée un risque majeur d'accident chez des sujets par ailleurs en état fréquent d'épuisement physique et sensoriel après une ou plusieurs nuits de fête.

Trois facteurs amènent aujourd'hui le législateur à préparer des textes spécifiques visant à réprimer l'usage de drogues illicites au volant :

- l'évolution croissante de la consommation, principalement de cannabis, avec une utilisation plus fréquente, plus massive, et des produits plus fortement dosés,
- la banalisation de la consommation, voire sa revendication, qui amène un glissement de l'usage festif, hors d'un contexte de conduite, vers un usage quotidien sur la route ou au travail,
- la mise en place, aujourd'hui effective, d'un taux légal d'alcoolémie bas, à 0,5 g/l (qui ne correspond pas à un état d'ivresse, mais à un taux significatif de risque d'accident), créant ainsi une situation peu logique dans laquelle un psychotrope autorisé, l'alcool, est sanctionné au volant en deçà d'un état d'ivresse, alors que des états d'imprégnation par des drogues, à l'origine d'un risque au moins équivalent, ne le seraient pas faute de moyens spécifiques de détection et faute d'un dispositif de contrôle-sanction adapté.

Les effets des médicaments sur la conduite

Les effets des médicaments sur la conduite font l'objet de nombreuses études dont la méthodologie, peu homogène, ne permet pas de comparaisons valables entre produits d'une même classe ou entre médicaments.

Encore trop souvent, ces études ne recherchent que d'éventuels effets sédatifs, sans analyser les modifications de la prise de risques.

Or, certains médicaments (antidépresseurs, amphétamines) n'altèrent pas la vigilance mais peuvent altérer sérieusement le comportement des conducteurs.

Si le rôle potentiellement néfaste des tranquillisants

de la famille des benzodiazépines commence à être bien connu, il convient de relativiser leur rôle dans la survenue des accidents, compte tenu :

- du nombre élevé d'accidents chez des conducteurs prenant des tranquillisants de ce type, mais chez lesquels cette consommation n'est pas contrôlée médicalement (usage dans un but de toxicomanie, sur-consommation, auto-médication, potentialisation par l'alcool, association à d'autres substances psychotropes),

- mais aussi d'une certaine notion de bénéfice thérapeutique, y compris au plan comportemental, chez des patients dont l'anxiété pathologique et la nervosité sont source potentielle d'accident.

Le rôle néfaste des benzodiazépines apparaît donc plus lié au mésusage et à l'hyper-consommation qui en sont faits, par une population souvent elle-même caractérisée par un comportement à risques.

Les autres classes de médicaments en cause sont nombreuses et l'on peut ainsi citer la plupart des antidépresseurs classiques, certains antihistaminiques, des antihypertenseurs, des antalgiques et de nombreux produits d'usage courant (antigrippaux, antitussifs).

Le risque représenté par les médicaments au volant est de deux types :

- Le risque connu, pour le patient comme pour le médecin, des médicaments à visée psycho-active (antidépresseurs, tranquillisants en particulier), risque qui fait l'objet d'une information du patient par le médecin, le pharmacien, ou grâce à la notice d'information du produit qui comporte une mention relative à la conduite.

- Le risque moins évident lié à l'effet sédatif des autres médicaments (antiallergiques, antihypertenseurs, antalgiques, toutes les classes de médicaments ou presque étant concernées). Dans ce cas, l'information est plus rarement dispensée et le patient, rarement informé, ne ressent pas forcément l'effet pourtant bien réel sur sa capacité de conduite.

Cette information, jusqu'à ces dernières années, limitée à une mention peu lisible sur les notices d'emploi qui sont de plus en plus complexes à lire, a été améliorée, depuis mai 1999, par l'instauration d'un pictogramme spécifique (une voiture dans un triangle rouge).

Toutefois, ce dispositif louable est aujourd'hui dénaturé du fait de l'application du principe de précaution qui amène les firmes pharmaceutiques à l'imprimer sur la majorité de leurs produits, y compris certains destinés à l'enfant ou au nourrisson...

Les mesures à prendre

Face à ces constats, plusieurs mesures devraient être améliorées ou mises en place pour réduire le rôle des substances psychotropes dans la genèse des accidents de la route.

En ce qui concerne l'alcool :

- adopter un seuil légal d'alcoolémie plus bas chez

les jeunes conducteurs (à l'instar de plusieurs États), chez certains patients soumis à des traitements permanents (anti-convulsivants, benzodiazépines), chez les conducteurs professionnels, ou chez les conducteurs ayant fait précédemment l'objet de sanction pour conduite en état alcoolique. Un taux de 0,3 g/l apparaît comme le plus logique au vu des études scientifiques.

En ce qui concerne les drogues illicites :

- donner aux forces de police la possibilité de demander un contrôle sanguin ou urinaire quand le comportement du conducteur apparaît perturbé et que le dépistage d'alcool est négatif, c'est-à-dire rendre possible la prise en charge d'un état d'ivresse (ou, comme le nomment les Québécois, un état de conduite sous facultés affaiblies), quelle qu'en soit la cause, et quel qu'en soit le contexte : accident, infraction, ou simple contrôle,

- continuer de réprimer l'usage des drogues, au même titre que l'usage de l'alcool au volant,

- procéder à des études épidémiologiques évolutives, pour affiner les connaissances dans ce domaine et pour permettre aux autorités judiciaires d'établir, comme pour les différents niveaux d'alcoolémie, des échelles de risques et donc de sanctions, cela pour les différents types de produits et pour leurs différents taux sanguins.

En ce qui concerne les médicaments :

- harmoniser les méthodes d'évaluation de leurs effets secondaires par l'adoption de méthodologies strictes et complètes, préalablement à leur commercialisation, incluant non seulement la recherche d'effets sédatifs, mais également des modifications de la prise de risques, en utilisant des tests complexes se rapprochant de la conduite automobile,

- catégoriser les médicaments en fonction de leur risque potentiel réel, cela au sein de chaque classe thérapeutique, pour éviter une banalisation de l'utilisation des pictogrammes d'information (une classification a été proposée récemment, instaurant trois niveaux d'alerte pour les médicaments, avec une classe I correspondant à une simple précaution d'emploi et à des conseils adaptés, une classe 2 contre-indiquant la conduite des véhicules lourds, mais autorisant avec précaution la conduite de véhicules légers, et une classe 3 contre-indiquant toute forme de conduite),

- informer le médecin, le pharmacien et le patient sur la nécessité :

- de réserver l'usage de certains produits aux patients qui ne conduisent pas,


- de choisir les produits les moins sédatifs chez les patients actifs,

- de prendre certaines précautions (association à l'alcool, à d'autres produits même d'allure anodine, de ne pas conduire les deux ou trois premiers jours du traitement).

Face à une exigence croissante de sécurité sur la

route, il convient aujourd'hui d'améliorer encore la prise en charge des altérations de la capacité de conduite et les troubles du comportement au volant résultant de la consommation de substances psycho-actives, cela en tenant compte à la fois de la nécessité incontestable d'améliorer la sécurité sur la route et du rôle incontournable de la conduite automobile comme facteur d'intégration sociale.

Pour cela, il convient de rendre incompatible la conduite automobile avec la prise de substances non nécessaires à la santé (alcool, drogues illicites), cela dès que les effets de ces produits induisent un risque d'accident jugé excessif (c'est-à-dire au minimum correspondant à celui observable avec un taux d'alcoolémie de 0,5 g/l), indépendamment même de la notion d'ivresse.

Il faut également amener les patients et les professionnels de santé à mieux prendre en compte les effets secondaires des médicaments sur la capacité de conduite et le comportement au volant, de manière à leur permettre de conduire avec un risque certes non nul, mais acceptable, et compensable par des précautions adaptées. 

La sécurité des véhicules

Dominique Cesari
Directeur délégué,
Inrets, Bron

Tous les médias ont depuis cet été relayé des messages concernant l'insécurité routière, et nul ne peut donc ignorer que les accidents de la route, avec 7 720 morts en 2001, 26 000 blessés graves annuellement et un coût pour la société de près de 28 milliards d'euros, constituent un véritable fléau national.

Il est devenu un lieu commun de dire que l'erreur humaine est la cause principale des accidents de la route, mais il faut également avoir à l'esprit que la quasi-totalité des blessures sont dues à des contacts avec des éléments des véhicules impliqués dans les accidents : leur gravité dépend des caractéristiques des véhicules et des équipements de sécurité. De même, la propension à éviter un accident ou à en diminuer la violence est influencée par les caractéristiques de tenue de route et de freinage du véhicule considéré.

Un accident est une série d'événements qui se produisent pendant un laps de temps très court. On peut les séparer en trois phases principales :

- ce qui se passe dans les instants qui précèdent le début du choc, c'est le domaine de la sécurité primaire (prévention),

- la phase de déformation et de mouvement des occupants, domaine de la sécurité secondaire (protection),

● enfin ce qui se passe à partir du moment où les phénomènes transitoires liés au choc sont terminés, domaine de la sécurité tertiaire qui concerne à la fois le secours aux blessés, le traitement et la consolidation des blessures...

La sécurité des véhicules et son interaction avec l'infrastructure et les usagers se situent essentiellement dans le domaine des sécurités primaire et secondaire.

Sécurité primaire : éviter les accidents

Depuis les débuts de l'automobile, on a compris que la sécurité primaire était nécessaire pour contrôler au mieux les trajectoires ; cela concerne en particulier les dispositifs de freinage (freins à disque, assistance au freinage, freins à doubles circuits indépendants...) puis plus récemment l'ABS introduit progressivement depuis le début des années quatre-vingt-dix. L'ABS empêche le blocage des roues en cas de freinage d'urgence et ainsi permet d'optimiser la distance d'arrêt et de maintenir le contrôle de la trajectoire par le conducteur. Son introduction n'a pas eu les conséquences espérées en matière d'amélioration de la sécurité ; les principales raisons en sont l'hétérogénéité de l'équipement dans le parc automobile en circulation, mais aussi la mauvaise utilisation par les conducteurs : en croyant que l'ABS raccourcit les distances d'arrêt en freinage (ce qui n'est pas le cas sur chaussée en bon état), le conducteur a tendance à réduire les distances de sécurité et à rouler plus vite. Cette constatation est valide pour tous les dispositifs interférant avec la conduite : la technologie peut faire beaucoup de choses, mais l'efficacité dépendra de l'utilisation réelle par le conducteur.

Les deux enjeux les plus importants sont le respect des limitations de vitesse et le maintien d'une distance suffisante entre les véhicules.

Des expérimentations en cours concernant l'utilisation d'une cartographie contenant les informations sur les limites de vitesse associée à un GPS (système de positionnement global) couplé à la vitesse du véhicule montrent qu'il est possible de rendre conforme la vitesse d'une voiture avec la limitation. Ces dispositifs ont certaines limites techniques (tunnels, zones urbaines denses qui ne permettent pas de recevoir les signaux des satellites), mais les questions les plus importantes concernent en premier la façon de passer de la détection au contrôle : vaut-il mieux alerter le conducteur qu'il est en dépassement, ou au contraire obliger le véhicule à ralentir par action automatique indépendante des décisions du conducteur ?

Si on considère que le conducteur doit être responsabilisé, la première solution est préférable, mais ne risque-t-on pas que précisément les conducteurs n'adaptent pas leur conduite à l'alerte qui leur est donnée ? Dans le domaine de la sécurité encore plus que pour les autres, il est important que l'information donnée au

conducteur, sur laquelle il s'appuiera pour adapter sa conduite, soit fiable. Les limitations de vitesse dépendant de facteurs variables (météorologiques, trafic...), il est nécessaire de prendre en compte d'autres informations de capteurs situés à bord du véhicule (pluie, brouillard) ou au sol (trafic, travaux routiers...). C'est en associant et fusionnant des données de plusieurs sources que l'on doit pouvoir mettre le conducteur en situation de respecter les limitations de vitesse.

Les développements technologiques liés au maintien des distances entre véhicules, qui sont nécessaires en particulier pour éviter les collisions en chaîne, s'appuient sur des radars anticollisions. La même question concernant le passage de la détection à l'action se pose, mais s'agissant d'un dispositif destiné à intervenir de façon peu fréquente et dont la relation avec le risque de collision est évidente, on peut envisager un fonctionnement en plusieurs étapes après détection (trop près du véhicule précédent en fonction des vitesses des deux véhicules), alerte d'urgence du conducteur, puis s'il n'y a pas de réaction de sa part prise en charge du freinage de façon automatique.

Il existe bien sûr d'autres dispositifs récemment introduits sur les véhicules ou en cours de développement permettant d'améliorer la sécurité primaire : contrôle de trajectoire en courbes, aide au freinage d'urgence, régulateur de vitesse intelligent... Chacun ayant une fonction précise sans qu'on puisse nécessairement évaluer ses effets sur la sécurité.

Une attention particulière est à apporter aux boîtes noires (enregistreurs de conditions de fonctionnement). Les voitures modernes étant équipées d'un ordinateur de bord et de nombreux capteurs, il est en principe possible de récupérer des informations concernant les conditions de fonctionnement dans les minutes qui précèdent le moment choisi. En particulier si les conducteurs savaient qu'en cas d'accident il sera possible de connaître la vitesse de leur voiture dans les instants qui précèdent, on peut penser que cela aurait un effet dissuasif, mais également permettrait de mieux établir les responsabilités relatives.

Sécurité secondaire : mieux protéger les usagers

Dès le début de l'automobile, avec l'apparition des premiers accidents, les inventeurs ont commencé à réfléchir à l'amélioration de la protection des usagers. En 1903, le Français Gustave Désiré Liebau a ainsi fait breveter des « bretelles de sécurité », mais la première apparition de ceintures de sécurité sur une automobile date de 1959.

Depuis, les ceintures de sécurité ont fait de nombreux progrès : enrouleurs, ancrages sur le siège, point de renvoi réglable, prétensionneur, limiteur d'effort... et se sont vues associées à des airbags conducteur et passager repoussant encore les limites d'apparition des lésions graves.

Dans le même temps, grâce en particulier à l'aug-


Le bridage des moteurs

Le bridage des moteurs des automobiles figure parmi les mesures proposées pour diminuer l'insécurité routière. Cela consiste à équiper, par construction, les voitures d'un dispositif limitant leur vitesse à une valeur correspondant au maximum autorisé (130 km/h), ou à limiter, par construction, la puissance maximale des moteurs. Une telle mesure ne peut pas être prise au niveau d'un pays, mais doit être une décision européenne pour tenir compte de la libre circulation des biens à l'intérieur de

l'Union européenne et garantir que tous les véhicules mis en circulation correspondent aux mêmes exigences.

Si une telle mesure était mise en œuvre, on peut penser que son efficacité concernerait surtout les accidents sur autoroute, mais en France ils représentent moins de 10 % des accidents et des victimes.

Conduire un véhicule bridé implique que le conducteur modifie son comportement dans certaines situations. Avant la mise en œuvre d'une telle mesure, il conviendrait d'en

étudier les conséquences sur le comportement des conducteurs. Le bridage des voitures neuves est techniquement peu compliqué, ce qui n'est pas le cas pour les véhicules déjà en circulation, et la situation transitoire durant laquelle un tel dispositif serait progressivement introduit, qui correspond à un parc roulant hétérogène, nécessiterait certainement de prendre des mesures spécifiques. 

mentation des capacités du calcul par informatique et au développement d'outils de simulation, les structures automobiles ont un comportement optimisé homogène avec celui des systèmes de retenue.

L'amélioration de la protection en choc latéral, avec des airbags et des absorbeurs d'énergie spécialisés pour la tête, le thorax et le bassin, est beaucoup plus récente. Les nouveaux dispositifs se retrouvent surtout sur les derniers modèles et ne concernent généralement que les places avant. Dans le même temps, la protection des blessures cervicales en choc arrière est devenue une priorité, et la meilleure compréhension des mécanismes de blessure a montré qu'il est nécessaire de favoriser un contact avec la tête correctement positionné et le plus tôt possible, ce qui a amené le développement d'appuie-tête dynamiques se repositionnant en cas de choc arrière.

Il est bien sûr de plus en plus difficile de continuer à progresser en sécurité secondaire. Une des limites actuelles est le manque de connaissances de base en particulier dans le domaine de la biomécanique, et de l'interaction des structures de véhicules.


Les essais qui ont été développés pour juger de la protection offerte utilisent une configuration unique de choc aussi bien en ce qui concerne les conditions du choc, que les occupants des véhicules, alors que les conditions d'accidents réels et les caractéristiques de la population impliquée se distribuent selon un large spectre.

L'optimisation de la protection, en tenant compte de ces variations, implique de développer des systèmes de retenue adaptatifs en ce qui concerne tant les ceintures de sécurité (niveau du limiteur d'effort) que les airbags (plusieurs niveaux de gonflement). Le parc automobile est par nature hétérogène, ce qui n'assure pas un même niveau de protection aux occupants de petites

voitures et à ceux des voitures plus lourdes ; l'enjeu de l'amélioration de la compatibilité est de compenser ces différences en introduisant des exigences reliées aux masses des véhicules et requérant une meilleure homogénéité de la distribution des forces générées par le choc.

Les piétons sont un groupe d'usagers important en termes de mortalité et morbidité, et les travaux en cours laissent espérer une diminution sensible des conséquences de ces accidents, en particulier pour ceux qui surviennent dans des conditions de circulation urbaine ; il est clair que la diminution de l'agressivité des voitures vis-à-vis des piétons a des limites vite atteintes, et il convient pour les accidents au-delà des ressources de la sécurité secondaire d'explorer les pistes de solutions de sécurité primaire.

Des améliorations sont encore possibles

En conclusion, on peut constater qu'il existe encore des possibilités d'amélioration de la sécurité des véhicules, aussi bien en ce qui concerne la sécurité primaire que la sécurité secondaire ; ces améliorations passeront par de nouveaux développements technologiques, mais elles n'auront une efficacité réelle que si ces dispositifs sont correctement utilisés par les conducteurs. Pour résumer, on peut dire que la technologie contribuera à améliorer la sécurité, mais l'homme en est l'élément central ; en sécurité secondaire, l'optimisation des caractéristiques des produits est limitée par le manque de connaissance du comportement de l'être humain au choc et par les variations inter-individus de ce comportement. Ces connaissances sont également nécessaires pour développer des méthodes d'évaluation de performance en matière de sécurité, méthodes qui sont indispensables dans le processus de conception des nouveaux dispositifs. 

Jean-Pierre Jouineau
Chef de division CETE
Normandie-Centre

L'action sur l'infrastructure routière

L'infrastructure routière doit être comprise ici dans un sens général qui intègre non seulement la chaussée et les aménagements divers, comme les îlots dans les intersections, mais aussi les accotements ainsi que tout l'environnement perçu par le conducteur.

L'accident étant un dysfonctionnement du système homme-véhicule-infrastructure, l'action d'amélioration de la sécurité sur l'infrastructure routière consiste donc soit à créer des infrastructures qui minimisent ces dysfonctionnements, soit à corriger les infrastructures existantes pour diminuer les dysfonctionnements constatés.

Les intervenants

Plusieurs intervenants se distinguent par leur rôle :

- Les gestionnaires responsables légalement d'un type de réseau, qui sont l'État pour les routes nationales et autoroutes (ministère de l'Équipement et directions départementales de l'Équipement), les conseils généraux pour les routes départementales, les communes pour les voies communales.

- L'État, hormis sa qualité de gestionnaire du réseau national, a des responsabilités particulières sur la définition de règles applicables à tous les réseaux, notamment en ce qui concerne les règles générales de signalisation dont certaines dépendent d'accords européens ou même mondiaux.

- L'État, ministère de l'Équipement, a développé une doctrine technique par l'intermédiaire de ses services techniques : Service d'études techniques des routes et autoroutes (Setra), Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques (Certu) avec l'aide du réseau technique constitué de sept centres d'études techniques et de l'équipement (Cete) répartis sur toute la France et d'instituts de recherche comme l'Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité (Inrets) et le Laboratoire central des ponts et chaussées (LCPC).

Compte tenu notamment de la décentralisation, l'État ne peut imposer ses règles techniques, mais il a constamment pour objectif d'assurer une large diffusion des études et des informations susceptibles d'être utiles aux autres gestionnaires, ce qui est réalisé par le Setra, le Certu et les Cete.

- Les intervenants après l'accident : Samu, Smur, service départemental d'incendie et de secours (SDIS) dont la rapidité d'intervention est déterminante pour la survie des accidentés, et les forces de l'ordre (Gendarmerie nationale, Police nationale, CRS) qui, en plus de

leur intervention sur l'accident, génèrent actuellement les principales informations disponibles : procédures d'accident et fichier informatisé des accidents.

Les progrès réalisés

En France, les premières recherches dans le domaine de la sécurité routière datent de la fin des années soixante avec les travaux engagés par l'Onser (Organisme national de sécurité routière), qui est devenu maintenant l'Inrets.

Le début des années soixante-dix voit la création du Setra et des Cete (notamment des divisions exploitation sécurité).

Tous ces services d'étude et de recherche investissent progressivement le domaine et vont évoluer d'un niveau de connaissances (en France et à l'étranger) très faible au niveau actuel qui maîtrise bien certains sujets, notamment les méthodes d'analyses et certains types de solutions, mais qui comportent encore beaucoup de trous de connaissances ou de défauts dans le système d'information sur les accidents.

L'Onser (Inrets) a permis les premiers progrès notamment par la création d'un outillage statistique utilisable pour la réalisation des évaluations.

Cela est essentiel, car en sécurité routière la majorité des gains de connaissances ont été dus aux évaluations. En effet un système homme-véhicule-environnement où l'homme est au milieu du système, ne peut être décrit par une théorie comme peut l'être par exemple l'électromagnétisme par les quatre équations de Maxwell.

L'évaluation méthodologiquement correcte est le seul « juge de paix » ou moyen permettant de décider si un type d'aménagement ou d'équipement est bon ou mauvais pour la sécurité tellement il est impossible de juger *a priori* si les effets positifs l'emporteront sur les effets négatifs (parfois complètement imprévus).

Les progrès réalisés portent sur :

- Les aménagements neufs et les équipements
 - Amélioration forte de la prise en compte de la sécurité dans les guides de conception et instauration d'un contrôle qualité de plus en plus exigeant avec les récents « audits de sécurité » dans le cadre du contrôle de la sécurité des projets routiers (CSPR)-,

- Création d'aménagements intrinsèquement sûrs comme les autoroutes ou les giratoires

- Équipements de sécurité divers tels que les dispositifs de retenue (glissières métalliques, glissières béton, etc.), tels les dispositifs de rétroflexion des panneaux, des marquages horizontaux, etc.

- Les routes existantes
 - Méthodes d'analyse des enjeux accidents sur des réseaux et développement de logiciels utilisant les systèmes d'information géographique (SIG) tels que Concerto,

- Méthodes de réalisation de diagnostics pour comprendre le mécanisme des dysfonctionnements et permettre de proposer des actions efficaces de correction,


Un outil d'étude des accidents : Concerto

Concerto est un logiciel de traitement et d'exploitation du fichier des accidents corporels. Il est développé par le Setra et le Certu à la demande de la DSCR. Il est diffusé au niveau national (toutes les directions départementales de l'Équipement en disposent, les villes et les conseils généraux peuvent l'acquérir). Il a été conçu pour traiter à l'identique des données alphanumériques et géographiques en intégrant un SIG (système d'informations géographiques).

En pratique, Concerto est un des outils de base pour la première partie des études de sécurité. Il permet de faire les études d'enjeux qui comprennent notamment tous les renseignements généraux : nombre de tués, de blessés graves, de blessés légers, par type de routes, par type de véhicules, par catégories d'usagers, par

âge, etc. Grâce à des outils automatiques Concerto permet de repérer les zones d'accumulation d'accidents anormales d'un point de vue statistique, et d'indiquer les sections de route anormales statistiquement et les problèmes existants (chaussée mouillée, obstacles latéraux, sortie de véhicule, nuit etc.). La fonction SIG est très puissante et utile car toutes les informations sont interactives avec leur cartographie (du géocodage automatique des accidents sur une carte jusqu'à la représentation des zones ou des sections anormales).

Cette phase d'étude ayant permis de connaître les points *a priori* problématiques, on passe à la phase diagnostic : par exemple, sur une intersection, l'analyse détaillée des procédures d'accidents par un spécialiste bien formé et expérimenté, comprenant les auditions des témoins et

personnes impliquées permet de faire des hypothèses sur les mécanismes d'accident. Ces hypothèses portent sur différents éléments de l'infrastructure selon le type de site étudié, sur des comportements spécifiques divers, sur les trafics (nature et intensité) : l'analyse du site, des comportements, des trafics permet de valider ou d'invalider les hypothèses formulées. On converge vers des mécanismes probables, on définit les facteurs accidentogènes, et enfin seulement on propose des solutions correctrices de ces facteurs dont on peut estimer le gain prévisible grâce à la connaissance de l'efficacité démontrée de ces corrections (par de nombreuses études d'évaluation faisant partie du corpus technique). 

– Lancement de programmes nationaux d'amélioration comme des Plans régionaux d'aménagement de sécurité (Pras) ou le programme Sure (Sécurité des usagers sur les routes existantes) en cours de lancement.

Au-delà de connaissances beaucoup plus fines permettant par exemple de prédire le nombre d'accidents sur des infrastructures spécifiques comme les intersections en fonction des trafics, des apports de synthèses de toutes les études et recherches existant en France et à l'étranger ont produit un document de référence vis-à-vis du domaine de la sécurité routière ; c'est le rapport « Sécurité des routes et des rues ».


Les progrès encore possibles

Les progrès possibles sont multiples mais tournent autour de la même problématique : la prise de conscience de l'importance de l'infrastructure.

Malgré les investissements réalisés pour sécuriser le réseau routier, les pouvoirs publics concentrent leur action sur l'évolution du comportement. La communication incessante sur le thème « les comportements sont responsables de 90 % des accidents », parfaitement juste au demeurant, occulte le fait qu'un accident est essentiellement multifactoriel. Les spécialistes s'accordent pour dire que, dans au moins 30 % des accidents, l'infrastructure joue un rôle important, ce qui signifie que

la correction du défaut pourrait permettre de les éviter ou d'en réduire la gravité. La difficulté est de convaincre que ces deux constats (importance des comportements, importance des infrastructures) ne sont pas exclusifs l'un de l'autre mais à traiter simultanément. Des améliorations peuvent donc être obtenues par :

- Une politique préconisant plus largement le traitement des infrastructures.
- La formation de spécialistes et de généralistes dans le domaine de la sécurité des infrastructures permettant de mettre en œuvre cette politique : en un mot, la professionnalisation de ce domaine qui ne l'est pas suffisamment (pour faire une comparaison avec le domaine médical, nous en sommes encore aux « barbiers » du Moyen Âge).
- La réalisation d'un programme de recherche sur la sécurité des infrastructures permettant de combler une partie des lacunes actuelles et de développer la route « intelligente », avec notamment des communications d'informations entre la route et les véhicules.

Le domaine médical a mis plusieurs millénaires à se professionnaliser et, même en France, le statut de médecin est très récent. Sans aller jusqu'à instituer un diplôme de docteur ès sécurités des infrastructures, la nation gagnerait à former des spécialistes de la sécurité possédant un niveau de compétences certifié. 

Ne plus mourir à vingt ans sur les routes

Après l'espoir soulevé par la volonté du gouvernement de faire de la sécurité routière une priorité, seules la mise en œuvre et la continuité d'une politique de prévention rigoureuse auront une efficacité mesurable en nombre de vies sauvées.

Claude Got

Vice-président du Centre européen d'études, de sécurité et d'analyse des risques
www.securite-routiere.org

Les décideurs politiques sont confrontés à deux types de situations :

- Celles où l'incertitude domine, et le terme de précaution a envahi la gestion de la décision dans ce contexte allant de l'hypothèse plausible aux ébauches de preuves. Faut-il agir ? Quels sont les enjeux ? Quelle efficacité aurons-nous ? Allons-nous allouer des moyens excessifs à un risque émergent ? Avons-nous une peur « raisonnable » ou simplement la crainte de ce qui est mal connu ?

- Celles où presque tout est connu. Nous sommes alors dans le domaine de la prévention et les décideurs vont déterminer un équilibre en privilégiant certaines raisons d'agir. La santé n'est pas seule en cause, l'économie, l'opinion, les juges, les médias, les experts, les références sociales ou éthiques vont s'associer pour faire de cette gestion un combat, et heureusement qu'il en est ainsi, sinon il serait inutile d'avoir des décideurs ! La connaissance provoquerait des décisions automatiques.

La gestion de l'insécurité routière relève de la prévention, même si la précaution intervient par le risque climatique, mais ce motif d'agir achève sa transition vers le champ de la prévention. Plus un véhicule est puissant, plus il est dangereux immédiatement pour les usagers de la route, et plus il émet de dioxyde de carbone, notamment en ville. Dans l'ensemble, la matière qui permet de définir une politique de sécurité routière est solide, les lois de la mécanique sont immuables, les chercheurs, les assureurs, les spécialistes des infrastructures, les ingénieurs qui conçoivent les véhicules sont capables de décrire le poids de chaque facteur de risques

dans un système qui associe usagers, véhicules et environnement. La difficulté est liée aux conflits d'intérêts provoqués par les décisions possibles et à la qualité de leur mise en œuvre, non aux incertitudes sur leurs effets.

L'accident de la route est la première cause d'insécurité en France : 8 000 tués par accidents de la circulation, 1 000 par homicides volontaires. Circonstance aggravante, les victimes sont principalement des usagers inexpérimentés, donc de jeunes adultes. Une vie humaine a la même valeur à 20 et 60 ans, mais les dommages provoqués dans l'environnement affectif sont très différents. Les progrès de la médecine ne nous empêcheront jamais d'avoir à enterrer nos parents, c'est triste mais inévitable ; enterrer un de ses enfants est un drame d'une dimension différente, il supprime durablement la joie de vivre d'une famille. Il est inacceptable de ne pas privilégier les mesures capables de réduire la fréquence d'un événement de cette nature, tout en conservant les avantages d'un usage maîtrisé des véhicules individuels ou industriels.

La connaissance nationale de nos insuffisances et des principaux facteurs de risques est complète :

- Une géographie physique et humaine qui a engendré un réseau secondaire considérable, exigeant vigilance et compétence, difficile à surveiller du fait de sa longueur. La moitié des tués le sont sur ce réseau.

- La consommation d'alcool la plus élevée au monde : nous avons 6 fois plus d'accidents sous l'influence de l'alcool que la Grande-Bretagne, près de 2 500 chez nous, moins de 400 chez eux.

- Le taux de port de la ceinture demeure insuffisant, en particulier aux places arrière, comme le bon usage des sièges pour enfants qui doivent être adaptés au poids, à la taille, et utilisés correctement.

- De nombreux usagers surestiment leurs capacités et interprètent les règles au lieu de les appliquer.

- Le système de contrôle et de sanction ne fonctionne pas bien, pour des raisons qui tiennent aux moyens et à l'organisation. Les seuils de contrôle de la vitesse ont dérivé au-delà de tout bon sens, incitant les usagers à transgresser de plus en plus largement les vitesses autorisées en s'adaptant à la réalité des contrôles.

- La dérive des vitesses réelles est facilitée par la production de véhicules dont les performances sont une incitation permanente à la transgression des règles. Ils sont particulièrement dangereux sur un réseau secondaire à faible densité de circulation. Un outil doit être conçu pour un usage normal ; les voitures actuelles sont conçues pour un usage délinquant et le couple décideur-constructeur a commis une faute caractérisée en voulant ignorer ce facteur de risques pour des raisons purement commerciales.

Face à une situation de ce type, il faut être conscient de la nature des enjeux en cause, car personne n'imagine que l'on tue sur les routes par plaisir, même si le comportement passionnel de certains usagers vis-à-vis d'un instrument séduisant peut s'apparenter à une forme d'acceptation de la mort, la leur ou celle des autres, pour prix de leur plaisir. Au niveau politique, ce sont les intérêts divergents des protagonistes qui provoquent des arbitrages tentant de réaliser le meilleur compromis. Dans une situation de ce type, le rôle des experts est délicat. Ils peuvent se contenter de décrire les facteurs de risques, les solutions possibles, et laisser aux politiques leurs responsabilités sans exercer la moindre pression sur eux. Ces derniers ont été désignés ou élus pour cela, dans un processus considéré comme démocratique. Je n'ai pas cette attitude passive, et plus les années passent moins je supporte la passivité. Je considère que l'expert doit également mettre en évidence les raisons qui font privilégier des arbitrages en faveur du risque, alors qu'il est possible d'avoir une attitude différente. Il peut exprimer des considérations de nature politique, par exemple affirmer que le déficit des modes d'expression de la démocratie supprime l'exercice de cette dernière dans la vie de tous les jours. Nous n'avons

pas de référendum d'initiative populaire permettant à une majorité de s'opposer à la mise en circulation des véhicules dont la vitesse maximale dépasse la vitesse la plus élevée autorisée sur nos routes, alors que plusieurs sondages indiquent clairement qu'une large majorité de Français souhaitent supprimer cette incohérence. Cela ne signifie pas que les mêmes citoyens-usagers ne commettent pas d'excès de vitesse, nous connaissons bien cette discordance fréquente entre l'attitude immédiate adoptée dans un certain contexte par des outils qui poussent à la faute et le souhait plus rationnel qui s'exprime face à un sondeur ou dans un bureau de vote.

Privilégier la gestion et l'action

Quels sont les choix possibles ? Le 17 septembre 2002, une réunion publique a permis à tous les ministres concernés d'entendre des intervenants dans le domaine de la sécurité routière, allant des associations aux constructeurs, en passant par des experts ou des gestionnaires. Une fiche de proposition peu contraignante a permis de poursuivre cette consultation sur le site Internet du ministère de l'Équipement, ce qui a élargi le champ des solutions proposées. Les conditions sont donc exceptionnellement favorables, d'autant que l'échec du précédent gouvernement dans la gestion de l'insécurité routière a été patent. Annoncer un objectif de réduction du nombre des tués de 4 000 en cinq ans et obtenir 269 après quatre années est un échec grave, produit par une absence de méthode et de rigueur. Les nouveaux responsables sont exposés à un échec identique s'ils privilégient l'annonce et non la gestion. Leur action sera nécessairement contraignante, le respect de la règle et la dissuasion par la crédibilité du système de contrôle et de sanction sont des éléments importants de la prévention. Comme lors des deux dernières élections présidentielles, une chute importante de la mortalité a été observée au cours des mois suivant cette élection. Je l'interprète comme une perception par les usagers de la fin de la période d'impunité produite par une amnistie prévisible. Malgré les annonces faites par les principaux candidats, certains espéraient un amendement parlementaire de dernière heure qui la rétablirait. Les décisions de la période 2002/2003 vont déterminer le succès ou l'échec de la nouvelle équipe. La liste des décisions efficaces à court terme est peu extensible, toutes les mesures importantes concernant la formation, l'éducation ou l'infrastructure ne pouvant agir que sur le long terme.

Parmi les moyens qui peuvent avoir une action forte à court terme sur la mortalité, je retiens :

- le rétablissement de l'équité et de la crédibilité du système en supprimant les indulgences et en appliquant strictement les limitations de vitesse ; l'application de ces réformes doit être évaluée,

- la création ou le développement d'unités départementales de 100 à 200 policiers ou gendarmes routiers (suivant la population et les caractéristiques du trafic) se consacrant uniquement à la sécurité routière ; elles seraient constituées de policiers dans les départements très urbanisés, de gendarmes dans les départements plus ruraux,

- l'amélioration des contrôles d'alcoolemie, qui doivent se situer la nuit et en fin de semaine, et du contrôle du port de la ceinture à toutes les places,

- une simplification de notre système de sanctions qui est trop lourd, peu effectif et peu efficace,

- une meilleure gestion des risques liés à l'inexpérience et aux comportements dangereux, par l'interdiction de conduite de voitures inutilement rapides quand on a le permis de conduire depuis moins de quatre ans, ou si l'on a déjà provoqué des accidents ou perdu un certain nombre de points sur son permis.

Sur le moyen et le long terme :

- le développement des systèmes automatisés de contrôle de la vitesse (usage des caméras numériques de contrôle) puis régulation intelligente de la vitesse par le positionnement des véhicules sur une carte embarquée qui provoque l'adaptation de la vitesse à celle qui est autorisée localement,

- une meilleure gestion de l'éducation au risque, et notamment au risque routier dans les différents cycles scolaires,

- une politique européenne interrompant la croissance injustifiée et dangereuse de la puissance, de la vitesse et du poids des véhicules.

Derrière cette liste, des milliers de vies humaines sont en jeu. Je ne connais pas de domaine de la sécurité sanitaire où des gains aussi importants puissent être obtenus aussi rapidement. La poursuite des annonces gouvernementales va maintenir une pression médiatique qui aura son efficacité pendant un temps ; nous saurons ensuite si la pertinence des choix, la qualité de leur mise en œuvre et la continuité dans l'action transforment l'espoir soulevé en une efficacité mesurable et durable. 📌

Pour une généralisation des démarches locales de prévention des risques routiers

La Fédération française des sociétés d'assurances a conçu, pour les entreprises, des outils destinés à la mise en place de plans de prévention des risques routiers. Ceux-ci pourraient aisément être utilisés par d'autres organisations au niveau local : administrations, établissements scolaires ou collectivités.

Guillaume Rosenwald
Directeur des marchés d'assurances, de biens et de responsabilité,
Fédération française des sociétés d'assurances

La mise en place d'une véritable politique de santé publique doit commencer par une analyse des facteurs d'exposition aux risques et par l'étude de l'interaction de ces différents facteurs. Elle doit ensuite intégrer la description des bonnes et mauvaises pratiques individuelles et collectives propices à diminuer la probabilité d'occurrence de maladies, de blessures ou de décès.

En matière de sécurité routière, cette analyse est extrêmement complexe. En effet, l'insécurité routière est la conséquence de la politique des transports, de choix d'éducation, de choix d'investissements en infrastructures, de caractéristiques géographiques et climatologiques et d'un environnement culturel.

Si des études économétriques réalisées dans la plupart des pays occidentaux dont la France permettent de donner un ordre de grandeur de l'influence de ces grands domaines, il n'existe pas aujourd'hui de méthodes concrètes d'analyse et d'action englobant l'ensemble de ces matières. Une telle démarche reviendrait à modéliser assez largement le mode de vie occidental.

Pour imaginer des actions concrètes pouvant avoir une influence positive sur la sécurité routière, il y a donc nécessité de segmenter l'analyse du problème.

Jusqu'à ces dernières années, les spécialistes en charge de la sécurité routière ont, volontairement ou involontairement, segmenté verticalement l'analyse entre les questions d'infrastructures, les approches sur les véhicules et les actions sur le comportement des conducteurs. Cette approche technique

a donné des résultats tout à fait importants pendant une trentaine d'années, mais s'es-souffle actuellement.

Une autre possibilité explorée depuis quelques années est d'analyser globalement la sécurité routière, mais en se limitant à un sous-ensemble d'activités ou un sous-ensemble géographique. C'est dans cet esprit que les assureurs de flottes automobiles ont développé, en collaboration avec d'autres partenaires au sein de l'association PSRE (Promotion et suivi de la sécurité routière en entreprise), la méthodologie des plans de prévention des risques routiers en entreprises.

Il s'agit en effet, à l'échelle d'une entreprise, d'analyser sa politique de déplacement, de transport, de stockage, ainsi que les conditions de management des personnes utilisant la route dans le cadre de leur travail ou pour s'y rendre : il s'agit également d'évaluer les connaissances et les compétences du personnel de ces entreprises, les procédures de choix et d'entretien des véhicules.

Ce processus réalise ainsi au sein de l'entreprise la mise en place d'une véritable politique de santé destinée à diminuer le nombre et la gravité des accidents de la route.

L'amélioration constante de ces techniques amène naturellement à prendre en compte les interactions entre les différentes entreprises, donneuses d'ordres et sous-traitantes, ou tout simplement entre les entreprises géographiquement voisines. Elle conduit également souvent le chef d'entreprise à s'insérer dans la politique locale de sécurité routière. Bien souvent des contraintes apparemment insignifiantes pour une entreprise donneuse

d'ordres vont provoquer des problèmes d'organisation sensibles chez un sous-traitant et des situations de risques sur la route. De même, l'organisation et tout simplement les horaires de travail de deux entreprises voisines sont bien loin d'être indépendants. On verra, par exemple, des salariés d'une entreprise prendre des risques inconsidérés pour passer à des points de blocage (carrefours ou ponts) avant la sortie des équipes de l'entreprise voisine. Il faut alors imaginer une concertation entre les chefs d'entreprise et si possible avec les collectivités locales pour organiser intelligemment la circulation du bassin d'emplois dans les deux objectifs de fluidité et de sécurité.

Créer des outils et valoriser le travail des acteurs du terrain

Nous voyons comment, en partant de l'analyse d'une seule entreprise, le préventeur travaillant à la mise en place du plan de prévention du risque routier est amené naturellement à élargir son champ d'intervention pour englober son environnement.

L'objectif d'intégration des différentes sources de risques, impossible à atteindre à l'échelle d'un pays comme la France, est en revanche atteignable en partant de micro-analyses.

Le référentiel méthodologique mis en place par l'association PSRE avec l'aide de la Fédération française des sociétés d'assurances a été conçu pour les entreprises mais est très facilement utilisable pour toutes les organisations constituées, administrations, établissements scolaires et universitaires, etc.

Mais si nous souhaitons assurer l'efficacité d'une telle démarche partant du terrain et remontant vers les collectivités, voire les départements ou les régions, il est indispensable d'engager le travail dans un nombre suffisant d'entreprises, d'établissements divers, voire de communes afin que le maillage géographique et économique permette par diffusion une généralisation de la prise en compte des problèmes de sécurité routière.

Aujourd'hui, seules les grandes entreprises industrielles et de transport ont une motivation suffisante pour mettre en place des plans de prévention des risques routiers. En effet, pour ces entreprises le gain économique à moyen terme des plans de prévention est suffisamment attrayant pour déclencher la décision d'investissement. Elles trouvent de plus un intérêt de management à ces actions car la mise en place d'un plan de prévention

des risques routiers bien menée est extrêmement appréciée des salariés.

Mais de nombreux donneurs d'ordres, sociétés de services ou sociétés commerciales, n'ont pas de flottes de véhicules et sont beaucoup moins sensibles à l'intérêt économique direct d'une démarche de prévention des risques routiers. Pour entraîner de nouveaux établissements, qu'ils soient industriels, commerciaux, pédagogiques ou administratifs, il est donc nécessaire de créer une motivation nouvelle et différente.

L'orientation politique voulue par le président de la République sur les questions de sécurité routière nous en donne l'occasion. Elle crée un sentiment de responsabilité collective qu'il faut traduire en responsabilité individuelle des différents acteurs économiques et sociaux. Comme pour les questions d'environnement, il faut que chaque responsable ressente la nécessité d'être irréprochable en matière de sécurité routière.


Cela demande certainement une réorientation des actions de communication de l'État et une plus forte implication de tous les ministères afin de créer une pression convergente sur les différents acteurs.

Cela demande également un fort travail explicatif vis-à-vis du public afin qu'il comprenne l'immense pouvoir de certains donneurs d'ordres sur la chaîne de sous-traitance : fabricants de produits ou de services et transporteurs.

Il faudra également mettre en place des outils rendant visible et indiscutable l'implication des entreprises et des autres établissements en matière de sécurité routière. Il est en effet primordial que les investissements réalisés puissent être valorisés auprès du public pour améliorer ou conforter l'image des acteurs les plus innovants et les plus efficaces.

Nous verrons certainement dans un avenir assez proche la création de labels de reconnaissance en matière de sécurité routière, comme il en existe dans les domaines de l'environnement ou de l'assurance qualité des produits.

Dans une telle démarche, le travail des administrations et organisations centrales, qu'elles soient publiques ou privées, n'est pas de tout organiser mais de mettre en place les outils nécessaires pour que les acteurs de terrain puissent travailler et valoriser leur travail. C'est le sens des actions que mène la Fédération française des sociétés d'assurances aussi bien vis-à-vis des entreprises qu'en col-

laboration avec des associations de terrain spécialisées comme la Prévention routière, ou non spécialisées mais ayant une crédibilité et des possibilités d'actions efficaces envers des populations tout particulièrement sensibles telles que les jeunes. 

La loi... des grands nombres ?

Brève analyse de la délinquance routière

En 2000, près de 600 000 condamnations ont été prononcées pour infractions pénales au Code de la route. Point de vue d'un magistrat sur le traitement de la délinquance routière.

François Leplat

Magistrat auprès de la délégation interministérielle à la sécurité routière

Le terme d'accident demeure évocateur d'un événement fortuit, imprévisible, dû au hasard. Dès lors comment faire coïncider cette acception largement répandue avec la mise en cause du comportement du conducteur dans 92 % des cas d'accidents mortels de la circulation¹ ? L'accident n'est-il qu'une fatalité ou bien peut-on l'éviter ?

Les magistrats, avant que d'être des professionnels de la justice, sont des citoyens, hommes et femmes concernés comme tout un chacun par les accidents de la route. En effet, qui dans son entourage n'a pas perdu un proche ou une connaissance dans l'un d'eux, ou bien ne connaît pas un blessé léger² ou une victime grave (paraplégique, traumatisé crânien) ? Lequel d'entre nous n'a pas été un jour victime ou auteur d'un accident entraînant des lésions ou de la tôle froissée ? Et si tous ces malheurs, ces désagréments nous ont été épargnés, n'avons-nous jamais été témoin d'un accident ou simplement choqué par la relation de tel autre dans les médias ?

Les chiffres sont implacable : malgré une décroissance régulière du nombre de victimes depuis le pic de 1972³, sur les trente dernières années ce sont plusieurs centaines de milliers de vies qui ont été perdues, brisées, volées, laissant encore, des années après, des traces dans les corps et les consciences de ceux qui ont survécu à ces drames.

1. 5 300 enquêtes Réagir (Réagir par des enquêtes sur les accidents graves et par des initiatives pour y remédier) réalisées entre 1992 et 1998.
2. C'est-à-dire ayant nécessité une hospitalisation de six jours au plus.
3. 16 545 tués.

Un code de mauvaise conduite ?

Comme cela a été indiqué liminairement, ce nombre impressionnant est pour une part importante la résultante d'un comportement au mieux inadapté, le plus souvent transgressif. La circulation est un domaine depuis longtemps⁴ très réglementé et pour lequel les occasions de violer la norme sont nombreuses et aisées, d'autant plus qu'elles sont souvent sans conséquences pour autrui, relativement peu verbalisées et pour la plupart d'entre nous considérées comme vénielles.

Le Code de route, dont les règles sont rapidement ingurgitées avant l'épreuve du permis de conduire, se voit ainsi tout aussi rapidement amendé par chaque nouveau conducteur qui arbitre entre une transgression qu'il intègre comme bénigne et un gain de temps, une économie de manœuvres qui sont vécues comme autant de contraintes : « *Pourquoi attendre si longtemps à ce feu rouge alors qu'il n'y a personne ?* », « *Pourquoi faire ce grand détour quotidien alors qu'en prenant ce sens interdit sur une vingtaine de mètres je gagne un temps précieux ?* » À force d'aménagements répétés, les règles deviennent à bref délai optionnelles, perdent toute justification, toute utilité.

En agissant de la sorte, en s'octroyant des droits nouveaux, l'on en vient à oublier que les règles de circulation visent en premier lieu à assurer un partage paisible de l'espace

4. Un des premiers textes en la matière est un décret du 10 mars 1899.

5. Ces règles visent aussi à assurer la sécurité personnelle de chaque conducteur. Ainsi, en 2001, dans 21,2 % des accidents corporels représentant 37,2 % des tués, un seul véhicule était impliqué (Bilan de l'année 2001 de la Sécurité routière en France).

public⁵ ; l'autre, celui qui a également des droits, des priorités, mais également des faiblesses potentielles, des inattentions, l'autre qui, lui aussi, transgresse sciemment les règles par commodité, est ainsi évacué, gommé, ignoré au risque de devenir un gêneur, un importun. Qui, alors qu'il était piéton traversant sur un passage protégé, n'a pas eu à subir l'ire d'un automobiliste obligé de s'arrêter ? Ou bien encore, conducteur démarrant au feu vert, lequel d'entre nous n'a pas dû stopper sa course afin de céder la priorité à un conducteur passé au feu rouge à vive allure ?

Comment dès lors s'étonner de ces propos maintes fois lus dans les procès-verbaux d'accidents et répétés à l'audience : « *Je pensais avoir le temps de passer* », « *Je n'aurais jamais cru qu'il allait avoir cette réaction* », « *Il arrivait plus vite que je ne l'imaginai* », « *Je ne sais pas d'où il est sorti* ».

Cette déviance, hélas trop développée, traverse les milieux sociaux, les âges, la différence de sexe, même s'il y a une sur-représentation dans l'accidentologie des hommes jeunes conducteurs⁶.

Le facteur comportemental, prégnant, ne doit certes pas éluder les autres causes d'accidents que l'analyse systémique a permis d'identifier, notamment l'infrastructure et le véhicule⁷. Mais, c'est bien sur ce facteur premier que l'institution judiciaire, à travers la conduite des enquêtes, les sanctions alternatives, la solennité des audiences ou le prononcé des peines, a pour mission de faire évoluer vers plus de tempérance.

« Mon client n'est pas un délinquant ! »

Les accidents de la route doivent s'inscrire dans une réflexion plus large sur la violence, comme l'a indiqué le professeur Jean-François Mattei, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, lors du « Rendez-vous national pour agir » organisé à Paris le 17 septembre 2002, car la violence routière est parmi toutes les autres formes de violence celle qui a le plus fort impact en matière de santé publique. Pour les professionnels de la justice, ces accidents et les infractions routières de manière plus large sont à intégrer dans la délinquance générale dont ils ont à connaître.

Néanmoins, de façon récurrente, les per-

sonnes dont la responsabilité pénale est mise en cause sur la base de ces incriminations, leurs défenseurs, les magistrats eux-mêmes parfois, répugnent à utiliser le vocable de délinquant que l'on préfère réserver à l'auteur d'agissements crapuleux, alors même que ce terme ne comporte aucune connotation péjorative⁸.

Cela tient en partie au fait que les infractions d'atteinte à la vie ou à l'intégrité physique commises à l'occasion de la circulation routière sont qualifiées par les juristes d'infractions involontaires, ce que le grand public, les victimes et leurs proches ont souvent du mal à admettre, même si leurs sanctions peuvent être aggravées en cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence, de prise d'alcool ou de délit de fuite⁹.

Un contentieux massif

Cette délinquance est pourtant très présente dans les prétoires. Il s'agit même d'un contentieux dit de masse. Cette réalité transparait des verbalisations et des condamnations prononcées.

Ainsi, en 2001¹⁰, 17 501 856 procès-verbaux d'infractions ont été dressés pour des infractions au Code de la route (12 890 840 par les polices d'État [gendarmerie et police nationales] et 4 611 016 par les polices locales).

Sur les 12 890 840 procès-verbaux dressés par les polices d'État, 12 644 678 sont des procès-verbaux de contraventions (7 844 884 sont relatifs à l'arrêt et au stationnement des véhicules [soit 62,04 % au total] et 4 799 794 ont trait aux autres contraventions), 246 162 procès-verbaux concernent les délits.

Pour l'ensemble des infractions pénales¹¹, les condamnations prononcées en l'an 2000 ont été au nombre de 443 615 pour les délits et de 133 222 pour les contraventions les plus graves (celles de 5^e classe). En ce qui concerne le contentieux routier¹², les chiffres ont été de 138 747 délits dont 113 268 (82 %) liés à la conduite sous l'empire de l'alcool (avec ou sans accident), les conduites sous l'empire d'un état

alcoolique, hors accidents, totalisant 108 905 condamnations (soit 23,63 % de l'ensemble des délits sanctionnés en 2000).

Cette même année, les condamnations pour contraventions de 5^e classe ont été au nombre de 91 472, dont 35 219 (38,55 %) pour des défauts d'assurance et 31 372 (34,3 %) des excès de vitesse égaux ou supérieurs à 50 km/h.

En résumé, on peut dire que le contentieux routier représente en volume :

- 31 % (presque 1/3) des condamnations pour délits ;
- 69 % (plus des 2/3) des condamnations pour contraventions de 5^e classe ;
- 80 % (plus des 3/4) des condamnations pour les autres contraventions.

Soit au total plus de la moitié du contentieux pénal « jugé ».

Ces chiffres traduisent la prépondérance du facteur alcool présent dans 32 % des accidents mortels¹³, lequel se situe au confluent de la justice et de la santé publique lorsque la dépendance alcoolique est avérée. Dans ce dernier cas, le plus souvent, une condamnation à une peine assortie de l'obligation de soins est prononcée ; son effet est alors dépendant de la volonté ou de la capacité du condamné à accepter sa pathologie.

Toutefois ces mêmes chiffres occultent un facteur non négligeable d'accidents qui est la vitesse, présent dans 42 % des accidents mortels¹³, mais cette moins forte présence est en partie due à des dispositions répressives apparues plus tardivement¹⁴.

Des outils nouveaux

Pour permettre une meilleure conduite des politiques pénales en la matière, des circulaires du ministère de la Justice accompagnent régulièrement les évolutions législatives et les pratiques nouvelles (tel l'usage du téléphone portable). Une circulaire du 25 mai 2001 est ainsi venue faire un point d'actualité des mesures nouvelles en incitant les parquets à harmoniser leurs pratiques d'alternatives aux poursuites et à dynamiser les politiques partenariales, notamment en matière de dépistage et de traitement de la dépendance alcoolique.

Dans la période récente, on note un double mouvement dans l'appréhension de la délinquance routière par les tribunaux.

8. Délinquant : personne qui commet un délit (d'après le dictionnaire Le Robert).

9. Articles 221-6 alinéa 2, 222-19 alinéa 2, 222-20 et 434-10 du Code pénal, article L. 234-11 du Code de la route.

10. *Les infractions au code de la route. Année 2001*. DLPJ, ministère de l'Intérieur.

11. *Chiffres-clés de la Justice 2000*, page 18, ministère de la Justice.

12. Direction des Affaires criminelles et des Grâces, bureau des études.

13. Cf. note 1.

14. La contravention de 5^e classe d'excès de vitesse de 50 km/h ou plus date de mars 1998 et le délit de grand excès de vitesse de 50 km/h ou plus en récidive a été introduit en juin 1999.

6. Les jeunes conducteurs ayant un sur-risque de 3 et les hommes de 1,5.

7. Respectivement présents dans 46 % et 29 % des cas (cf. note 1).

À côté des poursuites traditionnelles (c'est-à-dire du renvoi devant le tribunal), les procureurs de la République ont développé l'alternative aux poursuites (par le biais de stages de sensibilisation aux risques routiers, ces stages comprenant éventuellement un passage dans un service hospitalier d'urgences, de traumatologie ou de rééducation fonctionnelle). L'institution des délégués du procureur, qui opèrent des rappels à la loi, ou bien encore celle de la composition pénale¹⁵ qui permet de suspendre le permis de conduire pour une durée de six mois ou de faire effectuer un travail d'intérêt général sont venues diversifier la palette des propositions de prise en charge alternative de ce contentieux.

Parallèlement, les tribunaux correctionnels prononcent des sanctions en aggravation constante, particulièrement pour les conduites liées à l'alcool et en matière d'homicides involontaires (peines d'emprisonnement ferme, durées de suspension du permis de conduire allongées ou annulations du permis plus fréquemment utilisées).

Des perspectives d'évolution

La prise en compte de nouveaux aspects de modification du facteur comportemental est amorcée. À titre d'exemple, l'on peut évoquer la compatibilité de la conduite avec un état de vigilance altéré soit du fait d'éléments endogènes (vieillesse, pathologies), soit consécutivement à l'absorption par les conducteurs de principes actifs ou de substances illicites.

La réponse pénale est l'une des réponses possibles à ces comportements encore très répandus, mais elle est loin d'être la seule.

Depuis déjà de nombreuses années et afin de permettre à l'institution judiciaire de faire face à cet afflux de procédures, s'est opéré un large mouvement vers un traitement déjudiciarisé des infractions routières. Pour cela, ont été mises en place des procédures simplifiées, au premier rang desquelles figure celle de l'amende forfaitaire¹⁶, cette administration des sanctions ayant été renforcée par l'entrée en vigueur¹⁷ du système du permis à points.

Même si elle demeure nécessaire, la réponse pénale doit se doubler de multiples efforts de

prévention des accidents, particulièrement — en ce qui concerne le comportement du conducteur — d'une meilleure prise en compte de l'acquisition progressive des savoirs¹⁸, d'une sensibilisation régulière grâce à une communication diversifiée et d'un contrôle périodique de l'aptitude à la conduite. C'est en effet la prévention des accidents qui doit faire l'objet de toutes les attentions, la réparation judiciaire n'étant, hélas, jamais à la hauteur des pertes subies par les victimes et leurs proches, ni de leurs attentes. ■

15. Possible en matière de conduite sous l'empire de l'alcool.

16. Articles 529 et suivants du Code de procédure pénale.

17. Le 1^{er} juillet 1992.

18. Ce que la délégation interministérielle à la Sécurité routière nomme le continuum éducatif.

Bientôt, la préhistoire !

Que de vies sauvées depuis le temps où la vitesse était illimitée et où aucune règle de sécurité n'existait ! Pourtant il y a encore 8 000 tués par an sur les routes de France. Le combat actuel de la Ligue contre la violence routière vise à refuser ce bilan, réclamant notamment le bridage des moteurs et l'installation de boîtes noires sur les véhicules.

Geneviève Jurgensen

Fondatrice et porte-parole de la Ligue contre la violence routière

La génération qui arrive aujourd'hui à pleine maturité, celle qu'on appelle les baby-boomers et qu'on appelle maintenant les papy-boomers, cette génération qui jette ses derniers feux et a atteint le sommet de sa carrière, a passé son permis de conduire dans les années soixante. Une époque étrange où la vitesse était illimitée, où on ne demandait à personne de choisir entre boire et conduire, où la ceinture de sécurité n'existait pas et où les motards roulaient cheveux au vent...

Qui voudrait retourner à cette époque-là ? Elle a mené tout naturellement à la mort de 17 000 personnes par an. Jusqu'à ce que quelqu'un trouve cela insupportable, quelqu'un qui avait alors le pouvoir de dire stop : Jacques Chaban-Delmas, Premier ministre. C'est à lui que l'on doit, directement et indirectement, l'établissement des premières règles qui allaient sauver des vies par milliers.

Trente ans plus tard, nous sommes pourtant, de tous les pays vraiment industrialisés, celui qui continue d'accepter le mieux de sacrifier tant de gens, essentiellement, quelle horreur, des jeunes. La Ligue contre la violence routière s'efforce, depuis vingt ans, de secouer ce torpeur. Nous avons cru, lorsque nous l'avons fondée, qu'il suffirait d'appeler les responsables politiques au secours, d'ameuter l'opinion. Hélas, il en fallait bien davantage.

Pourquoi nous acharnons-nous désormais à réclamer le bridage des moteurs et l'installation systématique d'enregistreurs de données (des « boîtes noires », comme on dit) sur ces derniers ? Pourquoi, puisque tous nos voisins roulent dans les mêmes voitures sans déplorer un désastre comparable ? Parce que nous

avons mesuré la force d'inertie qui règne en France et, incapables de la secouer, nous nous tournons désormais vers ce qui peut structurellement venir au secours de la vie.

Voici, en vrac, quelques exemples de cette inertie.

Les médecins de famille, les puéricultrices, les infirmières, les assistantes sociales savent que la première cause de mortalité de la jeunesse est l'accident de circulation. Qu'importe, ils n'en parlent jamais aux jeunes mères, pourtant si réceptives au moindre conseil. Elles sauront tout des caries dentaires, des pieds plats et de l'acné, mais elles persisteront à ne pas attacher leur enfant sur la banquette arrière de leur voiture.


Les forces de l'ordre savent que l'alcool et la vitesse sont responsables de plus de la moitié des décès (et que dire des handicaps ?). Qu'importe. Elles ne sont pas pour autant équipées en éthylotests et ne verbalisent que les très grands excès de vitesse.

Les constructeurs ont signé avec l'État et le Bureau de vérification de la publicité un accord stipulant que la vitesse ne serait plus un argument publicitaire. Qu'importe. Les agences continuent de réaliser des spots qui vantent cyniquement la puissance des moteurs.

Les jeunes se tuent les nuits de week-end en sortant des discothèques. Qu'importe. De grandes marques d'alcool continuent de parrainer des soirées en discothèque.

Alors, sans oublier que la responsabilité de chacun reste entière, nous n'attendons plus grand-chose de quiconque et nous nous attaquons à la voiture elle-même. À ses capacités délirantes, qui n'ont aucune

utilité sociale. Nous avons l'habitude qu'on nous traite d'utopistes, et l'expérience nous a montré que les utopistes sont les autres : ceux qui croient que nous laisserons dans l'indifférence les vies se perdre deux fois plus souvent que chez nos voisins, ceux qui croient que les cœurs sont de pierre et les consciences assoupies. Il y a cinq ans, personne ne comprenait ce que « brider les moteurs » voulait dire. Cette année, 68 % des personnes sondées par la Sofrès pour *Pèlerin magazine* (numéro du 20 septembre 2002) se prononcent pour le bridage des moteurs.

La question n'est donc plus de savoir si l'opinion est prête, elle est seulement de savoir quand nous pourrons enfin acheter des voitures et des motos construites pour la sécurité de tous les usagers. Ce jour-là, l'univers de violence routière qui aura précédé basculera dans la préhistoire. Comme à nos yeux, aujourd'hui, cette époque sans limitation de vitesse et d'alcool, sans ceinture et sans casque... Cette époque à laquelle nul ne voudrait revenir. 

La dépendance automobile

Gabriel Dupuy, ingénieur de l'École centrale, a dirigé le Programme interdisciplinaire de recherches sur les villes au CNRS et est l'auteur de *La dépendance automobile*. Publié en 1999, cet ouvrage explique que la planète entière s'« automobile » avec 600 millions de voitures aujourd'hui et sans doute le double en 2020. Cela crée une dépendance automobile qui gêne les politiques de limitation des nuisances induites par la voiture.

Propos recueillis par Pascale Gayraud le 21 octobre 2002

Dans votre livre, *La dépendance automobile*, vous affirmez que toute politique visant à résoudre les problèmes liés à l'automobile ne pourra être efficace à long terme que si elle s'attaque à la dépendance automobile. Pouvez-vous nous expliquer ce que vous entendez par *dépendance automobile* ?

Le mot dépendance a été utilisé en 1995 par un auteur australien, Newman, dans un article intitulé « Est-ce qu'on peut surmonter la dépendance automobile ? ». Au départ, il n'avait pas défini précisément le terme de dépendance. Pour lui, c'était un mal s'exprimant par le fait qu'il y a beaucoup de voitures par centaine d'habitants, beaucoup de circulation, beaucoup de consommation de carburant. Son idée était fortement liée à la dépendance énergétique. Le concept m'a semblé intéressant, même si les solutions qu'il préconisait pour y remédier ne me paraissaient pas efficaces.

Partant de son travail, j'ai cherché à définir la dépendance automobile en utilisant des connaissances acquises dans le secteur des réseaux de télécommunication. Je l'ai définie comme un processus collectif qui entraîne tout le monde dans une sorte de boule de neige telle que personne ne peut y résister. La similitude avec la dépendance aux drogues vient de la nécessité de passer toujours à la dose supérieure et de l'irréversibilité du processus. En revanche, cette dépendance est plutôt d'ordre collectif que d'ordre individuel. Ce n'est pas le choix personnel d'un individu, c'est un processus d'ensemble qui fonctionne au niveau de toute la société. Ce qui rend les choses difficiles et montre

l'inutilité de raisonner en termes de morale, en disant « les gens n'ont qu'à se passer de leur voiture ».

En quoi la dépendance automobile est-elle gênante ?

Il y a des phénomènes de dépendance que personne n'a jamais songé à remettre en cause. Ce sont par exemple le téléphone ou la montre. À partir du moment où les gens ont commencé à s'équiper, tout le monde a été entraîné à le faire. Ces dépendances ne posent pas de problèmes majeurs. En revanche, les inconvénients liés à la voiture sont multiples (bruit, occupation de l'espace, pollution, sécurité). Le concept de dépendance peut aider à résoudre certains de ces problèmes même si elle n'a pas un intérêt pour tous. Pour celui du bruit, par exemple, il vaut mieux réfléchir à des solutions comme les murs anti-bruit, des moteurs moins bruyants... Le problème qui me semble préoccupant et où l'idée de dépendance peut être utile est l'effet de serre. Cet effet est présumé avoir des conséquences graves pour la planète et il peut amener les politiques un jour, sous la pression des événements, à prendre des décisions radicales. On peut imaginer qu'on démontre qu'il y a un réchauffement global qui nous menace presque du jour au lendemain, créant une peur panique. Les politiques, réagissant à cela, comme ils l'ont fait pour la vache folle, prendraient des décisions dures. L'automobile étant un facteur majeur de production de CO₂, une décision dure serait d'arrêter l'automobile. Là encore, on peut faire un parallèle avec les drogues : le drogué vit plutôt bien son

état tant qu'il peut être approvisionné. Là où cela se passe plutôt mal, c'est quand il est en manque ou quand il doit se sevrer. De la même façon, il serait très dur aujourd'hui de se passer des voitures. Un autre scénario serait un problème géopolitique qui nous priverait de pétrole, ou une hypersensibilisation au problème de sécurité. La voiture est par nature un véhicule rapide et lourd, capable de provoquer des chocs extrêmement préjudiciables. À partir du moment où on n'accepte plus ni un blessé, ni un mort, il faudrait supprimer l'automobile.

Vous avez construit un modèle pour décrire les mécanismes de la dépendance et leurs effets. Sur quels concepts repose ce modèle ?

Pour étudier le phénomène de dépendance liée à l'automobile, je me suis intéressé à la différence entre la situation de l'automobiliste et celle du non-automobiliste. J'ai montré que le premier bénéficie par rapport au second d'avantages en termes de mobilité et d'accessibilité à de nombreux services et que cette différence augmente au fur et à mesure que l'automobilisation croît. Cette augmentation entraîne les non-automobilistes à entrer dans le système, et ainsi de suite. C'est l'effet d'avalanche. Intuitivement, on a tendance à penser le contraire : plus il y a de voitures, plus il y a de congestion, donc la situation des automobilistes s'aggrave. En fait, il n'en est rien parce que, dans le même temps, on adapte les infrastructures pour améliorer la situation des automobilistes.

Trois effets permettent de rendre compte du mécanisme de la dépendance automobile. L'effet de club est le plus inspiré des autres secteurs. L'exemple du téléphone l'illustre bien : plus on a de possibilités de communiquer avec d'autres, plus avoir un téléphone devient intéressant. On bénéficie de la taille du club. C'est la même chose pour l'automobile. On peut montrer que plus il y a de détenteurs du permis de conduire, plus la pression est forte pour que la législation s'adapte à leur pratique. Le Code de la route en est un exemple, il s'est fait pour (et non contre) les automobilistes à partir du moment où ils ont eu un certain poids. De même, l'évolution des vitesses se fait au bénéfice des automobilistes.

L'effet de parc vient du fait que plus l'automobilisation est importante plus la desserte du territoire est fine, et donc plus cela fournit aux automobilistes un service accessible. On l'a montré en prenant des garages de réparation automobile, on peut le montrer également

pour d'autres services : stationnement, commerces, centres de loisirs...

L'effet de réseau traduit le fait que le réseau routier se modifie en fonction des itinéraires les plus usités. Plus les automobilistes sont moutonniers, plus ils bénéficient de cette simultanéité de circulation parce que les infrastructures sont adaptées en fonction du trafic.

Le modèle Maagic (modélisation de l'accessibilité automobile générée par les interactions de club) est basé sur ces trois effets. Il permet de calculer que pour 1 % d'automobilisation en plus, on a 2 % d'amélioration de l'accessibilité. C'est fantastique, le service offert à l'automobiliste croît de façon exponentielle, sans que celui-ci ne fasse rien, juste parce qu'il y a d'autres automobilistes qui sont rentrés dans le système. Le non-automobiliste, lui, dans le même temps perd quelque chose, l'écart se creuse. Et la dépendance, que mesure cet écart, augmente.

Grâce à votre modèle, vous proposez trois pistes pour modérer la dépendance automobile aujourd'hui. Pouvez-vous les expliciter ?

Indépendamment du modèle, la façon dont les activités sont réparties dans l'espace est un élément très important dans la dépendance automobile. D'où l'idée de Newman pour lutter contre la dépendance : construire des villes sur le modèle japonais plutôt qu'australien pour limiter le besoin de déplacement. Mais à l'échelle du temps cette solution ne marche pas. Grâce au modèle, j'ai pu proposer des mesures qui ne sont pas aussi longues à mettre en œuvre.

La première s'attache à l'effet de club. Celui-ci peut être réduit s'il n'y a pas un seul club mais plusieurs clubs. Comme l'adhésion au club se fait sur la base de l'obtention d'un permis de conduire d'un type de véhicule, la diversification des véhicules et des permis, et sous-entendue la diversification des vitesses, sont souhaitables. L'introduction en grand nombre de véhicules originaux, à vitesse limitée, offrirait une nouvelle alternative et permettrait aux gens de se répartir selon leurs besoins de déplacement. Développer des sous clubs, plus restreints, limiterait l'effet d'entraînement du très grand club.

La deuxième idée est d'agir sur le réseau routier lui-même parce que certaines structures routières, celles des itinéraires moutonniers, favorisent la dépendance. Le réseau classique est très hiérarchisé : l'itinéraire courant commence sur une petite route pour

atteindre une route un peu plus grosse, qui conduit ensuite à un grand axe routier pour revenir sur une route moyenne, et ainsi de suite. Pour en sortir, il faut paradoxalement faire plus de routes mais des routes moins rapides.


La troisième idée est d'agir sur le stationnement, élément essentiel pour lutter contre l'effet de parc. S'il n'y a plus autant de places de stationnement disponibles, l'automobile procure un service qui devient moins intéressant par rapport à d'autres transports. Restreignons le stationnement par différents moyens, limitation du nombre de places, stationnements payants... Simplement, il faut rendre ces mesures acceptables et concevoir une contrepartie. Si le stationnement est plus rare, il faut que les automobilistes en soient informés, par exemple, grâce à des systèmes d'affichage à distance indiquant si des stationnements sont disponibles plus loin et permettant ainsi de revoir son itinéraire.

En dehors des effets potentiels de vos propositions sur la diminution de la circulation, avez-vous réfléchi à leur impact potentiel sur la sécurité ? Est-ce que, par exemple, la diversification des véhicules ne peut pas être dommageable pour la sécurité ?

Les véhicules différents se heurtent à deux choses : les constructeurs sont réticents à faire autre chose que des voitures standards, et les techniciens de sécurité routière disent que l'idéal est d'avoir des véhicules qui ont les mêmes performances. Je ne sais pas comment il faut traiter la coexistence de véhicules différents sur un même espace de circulation, mais cela doit pouvoir se faire, les pistes cyclables fonctionnent bien dans certains pays. Au Japon, des petites et des grosses voitures coexistent sans problème de sécurité routière particulier. Je ne suis pas convaincu par les arguments tels que toutes les voitures doivent aller à 150 km/h parce que c'est plus sûr ou d'autres qui mentionnent le cas des voiturettes. Si on regarde de plus près, on se rend compte que les accidents des voiturettes sont le plus souvent causés par les autres véhicules. Cela ne me paraît pas suffisamment déterminant pour empêcher la diversification, qui par ailleurs a des avantages pour limiter la dépendance. D'ailleurs, aujourd'hui, même si on défend l'idée de véhicules allant aux mêmes allures, on promeut le vélo, les rollers...

Pour la deuxième piste, plus de routes, moins rapides, cela va plutôt dans le sens de la sécurité. Cependant, ce qu'il y a derrière est

qu'on ferait moins d'autoroutes. Or chacun sait que les autoroutes sont plus sûres. Là encore, je crois qu'on peut faire des routes assez sûres à vitesse plus restreinte, d'ailleurs on en fait. La difficulté est qu'on n'aime pas dépenser de l'argent pour faire des routes où on ne roulerait pas très vite. C'est un vrai problème, jusqu'à présent la justification des décisions d'investissements est le gain de temps et éventuellement le trafic que cela permet d'absorber. Comme celui-ci dépend de la vitesse, cela pousse dans le sens de faire plus vite, alors que ce que je préconise est de faire moins vite. Il faut trouver d'autres justifications. La sécurité pourrait en être une. Enfin, pour le stationnement, l'impact sur la sécurité n'est sans doute pas déterminant.

De façon globale, réduire la dépendance revient à réduire l'écart entre automobilistes et non-automobilistes et à améliorer relativement la situation des non-automobilistes. C'est aussi modérer le trafic automobile et donc *a priori* améliorer la sécurité. 

bibliographie

- Aron, M., Biecheler, M. B., Peytavin, J. F. Temps intervéhiculaires et vitesses : les enjeux de sécurité sur autoroute. In *Recherche Transports Sécurité* n° 64, juillet-septembre 1999, p 3-20.
- Assailly J.-P. *La mortalité chez les jeunes*. Paris : PUF, coll. Que sais-je ?, 2001.
- Bablouzian L., Freedman E. S., Wolski K. E., Fried L. E. Evaluation of a community based childhood injury prevention programme. *Injury Prevention* 1997 ; 3 : 14-16.
- Baker S. P. Childhood injuries : the community approach to prevention. *J Public Health Policy* 1981 ; 2 : 235-246.
- Baudier F., Marchais M., Ferry B., Bourderont D., Pinochet C., Blum D. Programme coopératif de prévention des accidents domestiques de l'enfant dans le département du Doubs : II. Aspects éducatifs et évaluation. *Arch Fr Pédiatr* 1988 ; 45 : 499-503.
- Biecheler-Fretel M. B., Peytavin J. F. La pratique des vitesses en France de 1986 à 1998 : évolution sur les différents réseaux. *TEC* n° 165, mai-juin 2001.
- Biecheler-Fretel M. B., Peytavin J. F. Réglementation, environnement et choix de la vitesse. Convention DSCR/Inrets. *Rapport DERA* n° 96-70013, décembre 1997, 72 p.
- Biecheler-Fretel M. B. La place de l'infraction dans l'analyse du risque routier. In *Actes Inrets* n° 39, 1994. L'évaluation du système réglementaire de prévention, Infractions routières et risque d'accident, 155 p.
- Biecheler-Fretel M. B., Moget-Monseur M. Le comportement de base du conducteur : un essai de conceptualisation du système de normes légales et sociales de l'usager de la route. *Cahier d'étude Onser* n° 64, 1985.
- Boullier D., Stéphane C., Midol A. *L'activité des forces de police et de gendarmerie en matière de sécurité routière*. Commissariat général du Plan/ IHESI, 1995.
- Chatenet F., Grillon, F. Le suivi de sensibilisation à la sécurité routière pour les conducteurs infractionnistes. Rapport sur convention n° 97 700-13. Thème 8. novembre 2000.
- Cohen S., Duval H., Lassarre S., Orfeuil J. P. *Limitations de vitesse, les décisions publiques et leurs effets*. Paris : Hermès, transport et sécurité, 1998.
- Colver A. F., Hutchinson P. J., Judson E. C. Promoting children's home safety. *Br Med J* 1982 ; 285 : 1177-1180.
- Craft A. W., Sibert J. R. Accidental poisoning in children. *Br J Hosp Med* 1977 ; 17 : 469-478.
- Dershewitz R. A., Williamson J. W. Prevention of childhood household injuries : a controlled clinical trial. *Am J Public Health* 1977 ; 67 : 1148-1153.
- DETR. New directions in Speed Management. A review of Policy. mars 2000.
- Haddon W. Jr. The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma : the transition to approaches etiologically rather than descriptively based. *Am J Public Health Nations Health*. 1968 ; 58 : 1431-1438.
- La sécurité routière en France : bilan de l'année 2001*. Paris : La Documentatiion française, 2002.
- Namias R. Rapport vitesse et sécurité routière. décembre 1994.
- Oberlé D., Rey S., François M. *Bilan de la phase pilote sur l'agglomération de Chambéry de la campagne de prévention des accidents chez l'enfant. Présentation du programme et évaluation*. Rapport de recherche ; mars 1990 : 177 p.
- Orfeuil J. P. Transport, vitesse et société. In *Université de tous les savoirs* 2000.
- Perez-Diaz C., Lombard F. Les contraventions routières : de la constatation à l'exécution des sanctions. Déviance et contrôle social. *CESDIP*, 1992 n° 58, 235 p.
- Recherches coordonnées sur les traumatismes consécutifs à un accident de la circulation routière et sur leurs causes et conséquences. Rapport Inrets-Umrette 0205, septembre 2002 : 96-107.
- Renouard J. M. *As du volant et chauffards, sociologie de la circulation routière*. Paris : L'Harmattan, coll. *Logiques sociales*, 2000.
- Rogmans W. H. J. *Helmets for all*. Amsterdam : Ecosa. 1993.
- Svanström L. Evidence-based injury prevention and safety promotion : state of the art. In : Mohan D., Tiwari G. *Injury prevention and control*. London : Taylor and Francis, 2000, p. 181-198.
- Thomson J. A., Ampofo-Boateng K., Lee D. N., Grieve R., Pitcairn T. K., Demetre J. D. The effectiveness of parents in promoting the development of road crossing skills in young children. *Br J Educ Psychol* 1998 ; 68 : 475-491.
- Tursz A., Gerbouin-Réollet P. *Les accidents de l'enfant en France : quelle prévention, quelle évaluation ?* Paris : Inserm Éditions, coll. *Questions en Santé publique*, 2001, 201 p.
- Van Elslande P. L'erreur humaine dans les scénarios d'accident : cause ou conséquence ? *Recherche transports sécurité*, 66, 2000, 7-33.
- Van Elslande P. Erreurs de conduite et besoins d'aide : une approche accidentologique en ergonomie. *Le Travail humain*, 2002 (sous presse).
- Van Elslande P., Alberton, L., Nachtergaele, C., Blancher G. Scénarios types de production de « l'erreur » humaine » dans l'accident de la route. Rapport de recherche Inrets n° 218, 1997.
- Zauberman R. La répression des infractions routières : le gendarme comme juge. *Sociologie du Travail* n° 1/1998 p. 43-64.

adresses utiles

Association des familles de victimes des accidents de la circulation (AFVAC)
23, place Foire-le-Roi
37000 Tours
Téléphone : 02 47 37 07 35

Association des paralysés de France (APF)
17, boulevard Auguste-Blanqui
75013 Paris
Téléphone : 01 40 78 69 00
www.apf.asso.fr

Fondation Anne Cellier
125, avenue Malakoff
75116 Paris
Téléphone : 01 45 00 95 35
www.fondation-annecellier.org

Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité (Inrets)
2, avenue du Général-Malleret-Joinville
94114 Arcueil
Téléphone : 01 47 40 70 00
www.inrets.fr

La Prévention routière
6, avenue Hoche
75008 Paris
Téléphone : 01 44 15 27 00
www.preventionroutiere.asso.fr

Ligue contre la violence routière
15, rue Jobbé-Duval
75015 Paris
Téléphone : 01 45 32 91 00
www.violenceroutiere.org

Délégation interministérielle à la sécurité routière
Observatoire national interministériel de sécurité routière
www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/observatoire

Union nationale des familles de traumatisés crâniens (UNAFTC)
232, rue de Tolbiac
75013 Paris
Téléphone : 01 53 80 66 03
Mél : unaftc@wanadoo.fr

Union routière de France
www.urf.asso.fr

100 ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique

Jacques Raimondeau

Médecin inspecteur de santé publique, responsable de la formation des MISP, École nationale de la santé publique (ENSP)

Pierre-Henri Bréchat

Médecin inspecteur de santé publique, chercheur associé au Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (ENSP)

Malgré leur faible nombre, les médecins inspecteurs de santé publique ont été un des protagonistes des politiques de santé de l'État et des promoteurs de la culture de santé publique. La richesse de leur histoire peut favoriser l'élaboration des concepts de demain.

Le 15 février 1902 [a] est votée en France la première loi de santé publique [2, 3, 4, 6]. De façon générale, le maire dispose de vastes compétences dans le champ de la santé publique et le préfet intervient soit en cas de carence de l'autorité municipale, soit en cas de crise.

De 1902 à 1930 : de la création des inspecteurs départementaux d'hygiène...

Le préfet peut organiser un service de contrôle et d'inspection à l'existence facultative et subordonnée à une délibération du conseil général. Les fonctions de ce service correspondent à une mission de direction, de coordination et d'appui technique du dispositif prévu par la loi [b]. Le profil professionnel ainsi que les conditions de recrutement et d'exercice des inspecteurs départementaux d'hygiène (IDH) de ces services ne furent pas précisés.

Cela à la différence des bureaux municipaux d'hygiène, centres de gravité de mise en application de la loi de 1902, dont les chefs de service devaient être des techniciens de la « protection de la santé publique », médecins ou non, mais diplômés ou compétents en hygiène et reconnus aptes à l'exercice de leurs fonctions par le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Il faut attendre la fin de la Première Guerre mondiale, l'épidémie de grippe espagnole de 1918 et la question du relèvement de la population pour que la santé publique revienne au premier plan des préoccupations et que soit créé en 1920

le ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales. C'est à partir de cette époque que la situation des IDH fait l'objet d'une attention renouvelée. Une circulaire de 1922 souligne que la loi de 1902 est appliquée de façon très variable et explique principalement cette situation par la présence inconstante d'IDH. Le ministre plaide alors pour leur généralisation par le recrutement de professionnels compétents, médecins ou non, employés à temps plein. Le rôle des IDH reste d'abord la coordination, l'animation et le conseil, avec une mention spéciale pour les relations avec les médecins praticiens. En 1924, une nouvelle circulaire encourage la création des inspections d'hygiène et le regroupement des activités de santé publique autour de l'inspection, à laquelle les moyens nécessaires à son bon fonctionnement devront être donnés, sans oublier, pour espérer recruter des médecins spécialistes à temps plein, de porter leur rémunération à un niveau plus élevé.

De 1930 à 1940 : ... à des IDH fonctionnaires d'État, médecins spécialistes polyvalents, ayant de vastes attributions

Malgré ces circulaires, la situation semble avoir peu changé et, au milieu des années trente, la révision de la loi de 1902 est à l'ordre du jour. Les objectifs poursuivis sont d'améliorer la protection de la santé publique et l'efficacité de l'administration en réduisant les inégalités territoriales, élevant le niveau des fonctionnaires et favorisant leur mobilité. Les préfets doivent établir obligatoirement un règlement sani-

taire départemental s'imposant à toutes les communes. Le recrutement et les missions des IDH ainsi que les inspections départementales d'hygiène sont remaniés :

- l'IDH et ses adjoints sont maintenant des médecins nommés par le ministre,
- l'IDH propose le règlement sanitaire départemental. Les modalités de déclaration obligatoire de certaines maladies sont modifiées et elles lui sont désormais adressées. Les bureaux municipaux d'hygiène sont placés sous son contrôle,
- les inspections départementales d'hygiène deviennent obligatoires et sont placées sous l'autorité directe du préfet et du ministre de la Santé publique.

En 1937, une nouvelle série de textes complètent le dispositif : les IDH et leurs adjoints sont dotés d'un statut de fonctionnaire [c], commun avec les directeurs des bureaux municipaux d'hygiène. Les médecins recrutés doivent :

- être détenteurs d'un diplôme universitaire d'hygiène,
- se consacrer exclusivement à leurs fonctions administratives,
- avoir des compétences cliniques, épidémiologiques, en hygiène, en techniques de laboratoire.

Ils appartiennent à un corps de fonctionnaires d'État, médecins spécialistes polyvalents, responsables des services départementaux du ministère de la Santé publique dans lesquels ils sont affectés. Les attributions des IDH sont vastes, décrites par une liste de trente-deux alinéas [d]. Les médecins adjoints peuvent être chargés des fonctions de médecin inspecteur des écoles ou des dispensaires d'hygiène sociale.

Un renforcement de l'État au niveau départemental est ainsi réalisé par la constitution d'un véritable service d'administration sanitaire et médico-sociale, aux compétences vastes, qui englobent certaines attributions actuelles d'autres ministères (santé scolaire) ou d'autres institutions (collectivités territoriales, ordres professionnels) ou dispositifs (médecine du travail), mais sans toucher au financement des établissements de soins, ni aux politiques sociales. Cette nouvelle organisation ne pourra pas produire tous ses effets, car elle est remise en cause dès 1940.

De 1940 à 1948 : des IDH aux médecins inspecteurs de la santé

En 1940, l'administration de la santé dirigée par le maréchal Pétain est fortement

réorganisée : les inspections départementales d'hygiène, les bureaux municipaux d'hygiène, les services sanitaires aux frontières et les inspections de l'assistance publique sont supprimés. À leur place est installée une administration régionale : les directions régionales de la famille et de la santé, dont les directeurs sont placés sous l'autorité directe du ministre de l'Intérieur. Le directeur régional est responsable de l'organisation hospitalière ainsi que des services médico-sociaux et de l'assistance sociale. Il est assisté de personnels d'inspection et de contrôle, placés sous son autorité directe, notamment des médecins inspecteurs de la santé (MIS).

Dès 1943, dans les territoires libérés, cette organisation administrative est abandonnée. En 1945, la France se dote d'un ministère de la Population qui se structure selon une double polarité avec, au niveau central, un secrétariat général à la santé et un secrétariat général du peuplement et de la famille. Les services extérieurs comprennent de nouveaux échelons départementaux : directions de la santé et inspection sociale de la population.

Les MIS sont intégrés en 1946, avec les pharmaciens inspecteurs de la santé, dans les services extérieurs et l'administration centrale. Les directions départementales de la santé sont dirigées par des médecins inspecteurs principaux.

En 1947, l'évolution se poursuit : la séparation entre sanitaire et social est étendue au niveau interdépartemental par la mise en place d'inspections divisionnaires de la santé distinctes des inspections divisionnaires de la population. Le renforcement du niveau départemental s'affirme : les inspecteurs divisionnaires exercent maintenant l'essentiel de leurs missions sous l'autorité des préfets de département, en collaboration avec les directeurs départementaux de la santé, qui étaient sous leur contrôle. Seules les missions d'inspection échappent à ce cadre.

Cette période est caractérisée initialement par la constitution d'une administration d'État de niveau régional à compétences sanitaires et sociales regroupées, dans laquelle sont inclus des MIS comme conseillers techniques des directeurs. Puis, on assiste à un phénomène inverse : réaffirmation des échelons départementaux avec séparation entre services sanitaires et sociaux. Les MIS opèrent en administration centrale comme en services extérieurs,

retrouvant leur autonomie avec fonctions de direction d'administration sanitaire.

De 1949 à 1963 : les MIS ont des fonctions étendues pour participer à la reconstruction sanitaire du pays

En 1949, apparaît un nouveau statut pour les MIS [e]. Ils sont chargés de « l'application de toutes les mesures concernant la protection de la santé publique ainsi que de la coordination et du contrôle technique des services ou établissements de prévention et de cure et des institutions d'entraide sociale ». En matière d'organisation, deux points sont confirmés : les MIS œuvrent dans les services extérieurs du ministère et en administration centrale et assurent les fonctions de directeurs départementaux de la santé et d'inspecteurs divisionnaires de la santé. Un lien particulier existe encore avec les bureaux municipaux d'hygiène. Ils sont spécialistes diplômés en santé publique. Leur formation est renforcée par un stage réglementaire effectué à l'École nationale de la santé publique avant la titularisation. Cet « enseignement de début de carrière » sera sanctionné à partir de 1958 par un diplôme de santé publique délivré conjointement par le ministre chargé de la Santé et celui de l'Éducation nationale.

De 1964 à 1977 : les MIS sont médecins de santé publique pour être intégrés dans une administration sanitaire et sociale

Le contexte économique et social et une critique du degré de performance et du caractère éclaté en plusieurs entités de l'administrative sanitaire et sociale [7] entraînent une réorganisation territoriale de l'État et des services sanitaires et sociaux en 1964. Les directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDass) [ce sigle pour les différencier de la Ddass de 1977] sont créées en 1964 par regroupement des services sanitaires et sociaux et du service de santé scolaire, dépendant du ministère de l'Éducation nationale. De nouveaux corps de fonctionnaires sont créés : médecins de la santé publique (MSP) et inspecteurs des affaires sanitaires et sociales (IASS).

Le statut des MSP de 1964 [f] présente des originalités fortes :

- il concerne des médecins de santé publique et non plus des médecins inspecteurs,

- le caractère de spécialiste en santé publique n'apparaît plus pour le recrutement. Les promoteurs de la réforme souhaitaient que les MSP puissent se recentrer sur la fonction d'inspection et jouer un rôle actif dans des équipes de travail intégrées,

- ce corps est constitué par regroupement des MIS et des médecins du service de santé scolaire et universitaire,

- une inspection régionale de la santé autonome est créée au niveau régional, avec à sa tête un médecin inspecteur régional (MIR). Au niveau départemental, on trouve un MSP sous l'autorité du préfet, éventuellement placé à la tête d'une ou plusieurs sections d'une DDass et alors sous l'autorité directe de son directeur.

L'évolution des missions est marquée :

- par l'intégration du champ de la santé scolaire avec pratique de visites et d'exams médicaux,

- par un recentrage sur le champ médical.

L'année 1964 marque une étape majeure dans un processus de regroupement des services du ministère chargé des Affaires sanitaires et sociales. L'évolution se fait principalement au niveau départemental et les MIS conservent une autonomie organisationnelle, particulièrement au niveau régional. Cette réforme connaîtra une mise en œuvre progressive en raison de problèmes de locaux et de réticences des personnels qui limiteront longtemps, à certains endroits, la portée de la réforme à une simple juxtaposition de services. Un point sensible sera la nomination des nouveaux directeurs départementaux : très peu de MIS (le constat est aussi valable pour les inspecteurs de la population) accédèrent à ces fonctions au profit de cadres de préfectures. Cette situation entraînera la démission du directeur général de la santé [7].

En 1973, les MSP redeviennent des MIS [g]. Le statut d'alors ressemble à l'actuel, notamment par la structuration du corps en trois grades et la formulation des missions :

- mise en œuvre, exécution et contrôle de la politique de santé publique, tant en ce qui concerne les actions préventives que curatives,

- contribution à l'élaboration de cette politique, notamment par la détermination des besoins de santé, de la planification et de la programmation générale des mesures à prendre,

- chargés d'études, de missions spéciales ou d'inspection,

- animation, coordination, inspection et contrôle des activités médicales des établissements et des services sanitaires et médico-sociaux,

- contrôle des conditions dans lesquelles sont formés les personnels sanitaires,

- possibilité de participer à des activités de médecine préventive et d'être associés à l'enseignement médical et paramédical.

Les MIS redeviennent des spécialistes en santé publique, titulaires du certificat d'études spéciales d'hygiène et d'action sanitaire et sociale. Ce statut marque l'amorce de la divergence entre les MIS et la santé scolaire, puisque le même jour paraît un statut de médecin contractuel de santé scolaire temps plein, placé sous l'autorité technique des MIS.

À partir de 1974, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) est expérimentée, préparant la réorganisation des services déconcentrés du ministère par décret du 22 avril 1977 : création des Drass par regroupement des directions régionales de la sécurité sociale, des services régionaux de l'action sanitaire et sociale et des inspections régionales de la santé. Les DDass, devenant les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass), sont aussi réorganisées avec intégration complète de l'inspection départementale de la santé. Il s'agit d'une étape majeure du processus de regroupement entamé en 1964, couplé à une recherche d'équilibre entre niveaux organisationnels dans un contexte d'augmentation de l'activité des services. Pour les MIS, le décret de 1977 signifie la fin de l'autonomie administrative : ils sont placés sous l'autorité des directeurs des Ddass et les fonctions régionales et départementales assumées antérieurement par les inspections de la santé des chefs-lieux de région sont séparées. Le positionnement des MIS dans le nouveau dispositif fait l'objet d'une attention particulière, par deux textes de 1977 et 1979, qui contiennent une doctrine générale d'emploi des MIS.

L'instruction générale du 21 juin 1977 [h] traite des MIS, pour lesquels sont souhaités un allègement des tâches administratives, un recentrage sur l'inspection (pouvant être la fonction exclusive de certains) et un développement du travail en équipe, objectifs déjà repérés en 1964. En Drass,

une inspection régionale de la santé est maintenue distincte de l'inspection départementale et est directement rattachée au directeur régional. Le MIR, conseiller technique du directeur, a des attributions propres (spécifiquement médicales) et des attributions exercées sous l'autorité du directeur. En Ddass, le MIS est défini comme un « véritable adjoint du directeur pour les actions de santé ».

Une circulaire de 1979 revient sur ces différents sujets [i]. Les missions des MIS, définies comme des « techniciens de santé », sont :

- celles du statut de 1973 avec une insistance sur la maîtrise des dépenses de santé,

- l'inspection, « souci primordial », mise en relation directe avec la planification par la mise à jour des cartes sanitaires,

- la recherche d'un travail en commun avec les praticiens conseils de l'assurance maladie,

- l'implication des MIR dans la formation continue des médecins chargés d'actions de santé.

Sur le plan du positionnement professionnel, le MIS, conseiller technique, est présenté comme le principal collaborateur du directeur. Le MIR, avec l'accord des directeurs départementaux, peut devenir le coordinateur de l'ensemble des MIS d'une région. La circulaire se termine sur trois recommandations faites aux directeurs : invitation à reconnaître aux MIS le maximum de missions spécifiques liées à leur qualification de médecins, souhait d'une organisation des circuits d'information qui intègre bien les MIS et rappel de la nécessité d'une transmission directe aux MIS des informations couvertes par le secret médical.

Au total, cette période est marquée, dans le cadre général d'un processus de regroupement des services, par une intégration en deux étapes des MIS à une hiérarchie administrative dédiée à une administration unique du sanitaire et du social. Cette période est aussi celle d'une fusion, puis du début d'une séparation d'avec la santé scolaire.

De 1980 à 1991 : des MIS aux médecins inspecteurs de santé publique, au moment de la décentralisation et d'une montée en puissance de la santé publique

Entre 1982 et 1986, les lois de décentra-

lisation entraînent un transfert de compétences aux conseils généraux, notamment dans le domaine de l'aide sociale et de la prévention. Cela se traduit par une partition des services de l'État, dont environ deux tiers des moyens humains et matériels sont transférés aux conseils généraux [1]. La décentralisation dans le domaine sanitaire et social est donc marquée pour les services déconcentrés du ministère de la Santé par la perte d'activités à forte valeur identitaire, telles que la protection maternelle et infantile (PMI) et l'aide sociale à l'enfance (ASE), ainsi que par une diminution des possibilités d'action sur le terrain. Cette nouvelle donne a eu pour conséquence un recentrage sur la tutelle et les hôpitaux. Les années quatre-vingt sont marquées pour les services centraux et déconcentrés du ministère de la Santé par plusieurs phénomènes :

- l'absence de partage net entre les niveaux départementaux et régionaux, parfois source de conflits récurrents au quotidien,
- la difficulté à assumer toutes les missions dans un contexte de stagnation relative des moyens,
- la montée en puissance des préoccupations de santé publique et de nouveaux acteurs, notamment associatifs,
- l'action des collectivités territoriales se structure et des politiques interministérielles se développent.

En 1991, paraît un nouveau statut des MIS [j], qui deviennent des médecins inspecteurs de santé publique (MISP). La hiérarchie des grades est allégée et le libellé des missions évolue :

- participation à la conception et à l'évaluation de la politique de santé publique,
- apparition d'une référence explicite au secret médical et aux règles professionnelles,
- possibilité d'une association à la recherche en santé publique, ainsi qu'à l'enseignement et à la formation dans le domaine de la santé publique et non plus seulement « médical et paramédical »,
- participation à des activités de médecine préventive, rôle de coordination et d'animation des activités médicales dans les établissements et services sanitaires et médico-sociaux,
- contrôle des conditions de formation des personnels sanitaires.

Le 27 novembre 1991, un décret entérine la séparation des MISP et de la

santé scolaire, par la création du corps des médecins de l'Éducation nationale (MEN) dépendant de ce ministère. Les deux corps de médecins conservent un lieu de formation commun à l'École nationale de la santé publique.

Cette période est celle de la décentralisation et du début d'une montée en puissance de la santé publique, à laquelle, les MISP participent.

De 1992 à 2002 : les MISP promeuvent une prise en charge globale et cohérente des politiques de santé de l'État

La maîtrise insuffisante des dépenses de santé, la restructuration imparfaite du parc hospitalier, la persistance des phénomènes de pauvreté et d'exclusion [3] et l'affaire dite du sang contaminé sont lourdes de questions et de conséquences. L'organisation de l'administration de la santé est mise en cause [1, 2, 6]. Des structures nouvelles commencent à apparaître : le Haut Comité de la santé publique (HCSP), le réseau national de santé publique (RNSP). Les grands chantiers ne manquent pas durant ces années et les MISP s'y sont fortement impliqués, ainsi dans :

- le renouveau de la planification hospitalière par la mise en œuvre des premiers schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) en 1992-1994. Cela en s'appuyant sur des travaux conceptuels réalisés dès 1983 et des expérimentations faites entre 1989 et 1990,
- le développement des politiques régionales de santé par la conceptualisation et l'expérimentation des premiers programmes régionaux de santé (PRS) et des premières conférences régionales de santé (CRS) en 1994 et 1995, participant ainsi de façon déterminante à la promotion de la prise en charge globale des priorités de santé, complémentaire des Sros,
- la surveillance et les interventions avec le RNSP et les cellules inter-régionales d'épidémiologie d'intervention,
- le développement de la santé environnementale : dépistage et prévention du saturnisme, volet sanitaire des études d'impact (VSEI),
- un investissement renouvelé au niveau international et communautaire.

Les ordonnances d'avril 1996 modifient l'organisation du système de santé, en créant notamment les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), et donnent une

base légale aux CRS et PRS. En 1998, la loi sur le renforcement de la veille sanitaire et de la sécurité sanitaire formalise et accentue la réorganisation en marche depuis le début des années quatre-vingt-dix.

Mené de fin 1998 au printemps 2000, un mouvement revendicatif des MISP se conclut en juin 1999 par la circulaire sur leurs missions et en septembre 2000 par une réforme de leur statut [k]. La circulaire du 11 juin 1999 [n] définit le MISP comme :

- un médecin ayant des connaissances et des compétences spécifiques, indépendant techniquement et garant du secret médical,
- un professionnel de santé publique impliqué essentiellement dans une approche globale et cohérente des politiques de santé.

Plusieurs points de cette histoire méritent d'être soulignés

La variation du champ d'action

Il passe de l'hygiène du XIX^e siècle à une conception actuelle de la santé publique. Le périmètre des missions a pu ainsi inclure puis ne plus inclure : la santé scolaire, le contrôle sanitaire aux frontières, les bureaux municipaux d'hygiène, les activités du conseil de l'Ordre des médecins, etc. La fonction d'inspection a toujours été mêlée à d'autres activités avec des problèmes de concurrence voire d'incompatibilité. Cette situation n'a sans doute pas été propice à la structuration d'une identité professionnelle stable et reconnue. Elle invite aussi à ne pas considérer les MISP isolément, mais à s'intéresser également :

- à un ensemble de médecins organisés en groupes qui interagissent les uns avec les autres selon des dispositions changeantes dans le temps,
- aux relations entre les MISP et l'ensemble de la profession médicale,
- aux rapports entre les médecins français et la santé publique [6],
- à la place de la santé publique dans notre pays [2, 3, 4, 6].

La variation du mode d'organisation administrative

L'histoire des MISP permet de repérer plusieurs organisations possibles, avec notamment l'alternative entre une administration globale du sanitaire et du social et des administrations séparées. Si l'or-

ganisation actuelle est mise en question, il peut être constaté que par le passé la mise en place et le fonctionnement de services purement sanitaires n'ont pas été simples.

La variation de la place des médecins dans l'administration

L'insertion des MISP dans une hiérarchie administrative n'a pas toujours été évidente et harmonieuse. On pourrait préciser les mécanismes de bon ou de mauvais fonctionnement identifiables en faisant un parallèle avec la situation des praticiens hospitaliers, des médecins territoriaux, des MEN et des médecins conseils de l'assurance maladie. Il faut aussi remarquer qu'en France, à la différence de certains pays étrangers, il est peu donné à des médecins la possibilité d'assumer des fonctions de direction administrative.

Statut, missions et effectifs

Les textes de 1924 à 1977 relèvent une insuffisance des effectifs de MIS. Cela est mis en relation, dès 1924, avec les trop faibles rémunérations. Sans perdre de vue la variabilité des situations individuelles, certaines difficultés vont se cristalliser,

notamment entre 1985 et 1991, sous la forme de revendications ayant trait à une clarification des missions et à une amélioration statutaire qui questionne inévitablement la place du MISP dans son administration, point sur lequel le ministre attirait l'attention en 1977. La deuxième moitié des années quatre-vingt-dix est marquée pour les MISP par la confrontation avec des difficultés dans la gestion du statut, ainsi que par des interrogations sur leurs missions. Un débat sur l'avenir du corps se développe ainsi entre 1996 et 1998, qui peut se résumer par deux visions possibles de l'avenir :

- regroupement avec les autres corps techniques du ministère de la Santé pour former un grand corps technique,
- rapprochement avec d'autres catégories de médecins de santé publique.

Ces débats, portés par des organisations professionnelles, ne connurent pas de conclusion.

L'avenir du corps des MISP est actuellement évoqué sous forme d'un projet de praticiens de santé publique (PSP) qui questionne sur les besoins entre médecins « généralistes et polyvalents » en santé publique et experts d'un domaine

de la médecine ou de la santé publique. Ce projet peut aussi poser la question des missions des médecins de la puissance publique (inspections, politiques de santé publique, gestion de crises et sécurité sanitaire, pilotage cohérent et en continu des politiques de santé publique, etc.). Les places de l'éthique, de l'indépendance technique et de la déontologie doivent aussi y être envisagées. ■

Remerciements

Nous remercions particulièrement Michel Gentile et Pascale Gramain-Kibleur qui ont soutenu et participé à ce travail. Nous remercions Béatrice Broche, René Demeulemeester, Joëlle Le Moal, François Piednoir et Anne Pinteaux qui ont participé à ce travail, ainsi que l'association des MISP

références

1. Canniard P, Cheikh-Sidia A., Cocula D. L'évolution des services déconcentrés pour la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales. In *Les nouveaux enjeux des politiques de santé – santé publique, organisation et systèmes d'information*. Paris : La Documentation française, Rapport de l'ENA, 1995 : 405-509.
2. Grémy F. Sang contaminé : les renoncements et l'impérialité de l'État dans le domaine de la santé publique, une longue tradition. *Santé publique* 2002, 14 [2] : 179-186.
3. Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville. Haut Comité de la santé publique. *La santé en France : rapport général*. Paris : La Documentation française, 1994 : 186-187.
4. Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville. Haut Comité de la santé publique. *La santé en France : annexe : travaux des groupes thématiques*. Paris : La Documentation française, 1994 : 453-459.
5. Zylberman P. Le regard d'hier pour les concepts de demain. *Actualité et dossier en santé publique* 2001 ; 34 : 69-71.
6. Morelle A. *La défaite de la santé publique*. Paris: Flammarion, 1996.
7. Paugam S., Schweyer F. X. Transformation et inerties de l'État-providence. In Galland O. et Lemel Y., *La nouvelle société française, Trente années de mutation*, Éditions Armand Colin, 1998, 6 : 146-178.

Extrait du tableau des textes réglementaires*

- | | |
|--|--|
| a. Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, JO du 19 octobre 1902, 1173 | médecins inspecteurs de la santé (JO du 5 avril 1973) |
| b. Circulaire du 19 juillet 1902 du ministre de l'Intérieur et des Cultes, sur les conditions de la mise en vigueur de la loi du 15 février 1902 | h. Instruction générale du 21 juin 1977 pour la mise en place des directions régionales et départementales des Affaires sanitaires et sociales |
| c. Décret du 15 avril 1937 sur l'organisation de l'hygiène départementale (JO du 17 avril 1937) | i. Circulaire du 21 septembre 1979 relative aux attributions des médecins inspecteurs de la santé, inspecteurs régionaux et départementaux |
| d. Arrêté du 12 août 1937 sur les attributions des IDH (JO du 25 août 1937) | j. Décret n° 91-1025 du 7 octobre 1991 relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique (JO du 8 octobre 1991) |
| e. Décret n° 49-962 du 16 juillet 1949 portant règlement d'administration publique pour l'organisation et le statut du corps de l'inspection de la santé | k. Décret n° 2000-956 du 29 septembre 2000 modifiant le décret n° 91-1025 du 7 octobre 1991 relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique (JO du 30 septembre 2000) |
| f. Décret n° 64-787 du 30 juillet 1964 relatif au statut particulier du corps des médecins de la santé publique (JO du 1 ^{er} août 1964) | n. Circulaire DGS/DAGPB n° 99/339 du 11 juin 1999 relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique |
| g. Décret n° 73-417 du 27 mars 1973 relatif au statut particulier du corps des | |

* 55 textes réglementaires ont été retrouvés. La liste complète est disponible auprès des auteurs et sur le site Internet de l'Association des médecins inspecteurs de santé publique (AMISp, amispp.free.fr).

Épidémiologie, démographie et sciences sociales : santé reproductive, sexualité et infection à VIH

Sigle

Inserm U 569

Date de création

1^{er} janvier 2002

Directeur

Henri Leridon

Effectif

64 personnes

Références

Bajos N. et al. (eds.). *La sexualité aux temps du sida*. Paris : PUF, 1998.

Bouyer J. et al. Risk factors for extrauterine pregnancy in women using an intrauterine device. *Fertil Steril*, 74 [5] : 899-908 (2000)

Faure S et al. Rapid progression to AIDS among patients with an allelic variant of the CX3CR1 chemokine receptor. *Science*, 287 : 2274-77 (2000)

Landreau-Mascaro A. et al. Risk of early febrile seizure with perinatal exposure to nucleoside analogues. *The Lancet*, 359 (9306) : 583-584 (2002)

Mandelbrot L. et al. Lamivudine-Zidovudine combination for the prevention of maternal-infant transmission of HIV-1. *JAMA*, 285 : 2083-93 (2001)

Slama R. et al. Time to pregnancy and semen parameters : a cross-sectional study among fertile couples from four European cities. *Human Reproduction*, 17 [2] : 503-505 (2002)

Coordonnées

Unité Inserm U569
82, rue du Général-Leclerc
94 276 Le Kremlin-Bicêtre Cedex
Téléphone : 01 45 21 23 40
Télécopie : 01 45 21 20 75
Mél : u569@vjf.inserm.fr

Objectif

Étudier la santé reproductive, en partant de l'idée que la santé — et tout spécialement la santé reproductive — doit être conçue davantage comme un processus que comme un état. L'évaluation de la santé d'une population ou d'un individu doit donc passer par la collecte de données biologiques ou strictement médicales, l'observation et l'analyse des conditions de vie

Thèmes de recherche

- Sexualité, société, individu : étude des conséquences de la médicalisation croissante de la sexualité (à travers les professionnels et leurs patients) ; suivi de l'évolution des comportements sexuels en France et dans divers autres pays ; pratiques institutionnelles dans la gestion des relations entre handicap et sexualité ; place de la sexualité dans les sciences sociales et dans les programmes de santé. À la demande de l'ANRS, un projet de nouvelle enquête sur les comportements sexuels en France va être préparé.

Alain Giami (Inserm), Michel Bozon (Ined)

- Risques et activité sexuelle : pratiques contraceptives ; risque de grossesse selon les moyens de protection mis en œuvre (grossesse obtenue ou non, souhaitée ou non, menée à terme ou non) ; déterminants de la « prise de risque » dans ces comportements ; recours à l'interruption de grossesse ; relations entre les patients et l'offre du système médical. Après l'enquête qualitative GINE (qui a donné lieu à un ouvrage en 2002), la cohorte

COCON pour l'étude de la contraception a démarré en 2000. Nathalie Bajos (Inserm), avec Henri Leridon et Clémentine Rossier (Ined)

- Fertilité des individus et des couples : facteurs de risques de faible fertilité ou de baisse de la fertilité (masculine, en particulier) : présence dans l'environnement de certaines substances hormonales, de composés organochlorés, de pesticides, d'éthers de glycol..., expositions à des radiations ionisantes ; un projet « d'observatoire de la fertilité » est en cours de lancement. Les pratiques d'aide médicale à la procréation, bien suivies grâce aux réseaux d'observation (FIVNAT pour la FIV et l'ICSI), sont resituées dans l'ensemble de la prise en charge de l'infécondité et des projets de fécondité des couples, avec toutes leurs implications économiques, sociologiques, psychologiques et éthiques. L'évolution de la fréquence des grossesses extra-utérines et de leurs causes est suivie grâce à un Registre en Auvergne.

Jean Bouyer (Paris VI), Jacques de Mouzon (Inserm), avec Alfred Spira et Josiane Warszawski (Paris XI)

Unité mixte Inserm-Ined-Paris XI

et de l'environnement, et l'évaluation des comportements, si possible sur la base d'observations suivies (cohortes). La recherche doit elle-même s'appuyer sur une large palette de disciplines : sont présentes, au sein de l'Unité l'épidémiologie, la médecine, la démographie, la statistique, la sociologie, la psychologie sociale.

- Les cohortes VIH (mises en place antérieurement par l'Unité 292) permettent d'étudier l'histoire naturelle de la progression des maladies liées au VIH ; l'impact des traitements puissants sur le pronostic à court, moyen et long termes des patients ; les conditions de vie des patients sous traitement ; les mécanismes de la transmission de la mère à l'enfant, l'efficacité des traitements préventifs et leurs effets secondaires. Une nouvelle cohorte de patients non encore traités par antirétroviraux (COPANA) est en cours de définition à la demande de l'ANRS.

Marie-Jeanne Mayaux (Inserm), Laurence Meyer (Paris XI)

L'Unité fait partie de l'Institut fédératif de recherches en épidémiologie, sciences sociales et santé publique (IFR69), fédérant diverses équipes sur les sites de Bicêtre et de Villejuif. Des liens étroits existent avec le service d'épidémiologie de l'hôpital de Bicêtre, l'ANRS, l'InVS, l'OMS, et diverses équipes françaises et étrangères. Les activités d'enseignement sont nombreuses, en particulier à l'université Paris XI.

asthme

Mieux vivre avec l'asthme

Pr Pierre Duroux, Pr Michel de Boucaud, Marie-Dominique Le Borgne.
Paris : Odile Jacob, coll. Santé au quotidien, novembre 2002, 146 p., 16,80 euros



L'asthme, malgré des traitements efficaces, est encore responsable de nombreux décès en France, pour la plupart évitables. Cet ouvrage a la particularité de réunir un pneumologue, un psychiatre et un asthmatique, qui donnent tout à tour leur point de vue sur l'asthme afin d'aider à

reconnaître tous les symptômes psychosomatiques pour mieux prévenir, gérer au quotidien et traiter efficacement cette maladie par une thérapie adaptée à chaque malade.

sida

Prévention du sida et agenda politique. Les campagnes en direction du grand public (1987-1996)

Geneviève Paicheler
Paris : CNRS édition, 2002, 285 p., 25 euros

Cet ouvrage a pour objectif d'analyser le processus de production des campagnes de communication publique de prévention du sida de 1987 à 1996, clairement signées par les pouvoirs publics et diffusées par les médias de large audience sous forme de publicité : spots télévisés, radios, presse, affichage. Au-delà du simple effet d'affichage, il y a toute la partie invisible de l'ensemble des moyens et des objectifs qui sont mis en œuvre dans la communication avec des mondes sociaux différents. En effet, la conception des campagnes nécessite la réunion de nombreux acteurs institutionnels, associatifs et privés, ce qui n'est pas simple ! L'auteur montre qu'à travers cette décennie de campagnes, la stratégie a pris de plus en plus d'importance par rapport à la création et que l'information a pris de plus en plus de place par rapport à la publicité. Elle distingue trois périodes marquées par une dimension spécifique : la

dimension où la prudence du politique est alliée à un souci éthique et moral, la dimension de la solidarité envers les personnes séropositives avec un registre d'action basé sur l'émotion. La troisième période est caractérisée par la dimension du devoir civique de l'État vis-à-vis du sida et l'accent est placé sur le professionnalisme. En conclusion, l'auteur fait remarquer que les campagnes du sida ont amorcé un véritable changement dans la diffusion de l'information en France et observe que lorsque la pression médiatique se relâche, la mise à distance du risque peut provoquer un relâchement des attitudes de prévention en population générale.



insertion

Guide des dispositions d'insertion

Raphaël Glabi et François-Xavier Lorre
Rennes : ENSP, octobre 2002, 183 p., 29 euros

« L'histoire récente de la lutte contre la pauvreté et les exclusions a été marquée par une évolution majeure : celle du dépassement d'une politique publique fondée sur la population cible, au profit d'une politique à la fois globale et personnalisée », notent les auteurs de ce guide. En effet, l'exclusion et la précarité ne concernent plus une population clairement identifiée (chômeurs de longue durée, personnes âgées, etc.), elles se révèlent comme la résultante de processus et de trajectoires individuels (licenciement, perte de revenu, divorce, maladie, etc.). Aussi, pour faire face à ces risques d'exclusion, de nombreuses dispositions législatives et régle-

mentaires ont été mises en place, nécessitant toutefois un suivi et une mise à jour permanents. Ce guide se propose d'expliquer les conditions de mise en œuvre des actions comme le RMI, le logement et l'hébergement, l'accès aux soins, la formation, l'insertion professionnelle et l'emploi, et de préciser le rôle des partenaires (État, collectivités territoriales, organismes de protection sociale, associations, etc.).



antibiotique

« Antibios quand il faut ! » Rapport d'évaluation 2002 de la campagne menée par le GEPIE (Groupe d'étude et de prévention des infections de l'enfant) pour une utilisation prudente des antibiotiques chez l'enfant. Alpes-Maritimes, 1999-2005

Claude Carbon, Didier Guillemot, Geneviève Paicheler, Isabelle Feroni, Laure Lamar, Hélène Aubry-Damon.
Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, octobre 2002, 120 p., 8,19 euros

Dans le but de réduire l'usage inapproprié des antibiotiques et de combattre la résistance bactérienne observée dans les infections respiratoires de l'enfant (otites moyennes aiguës, rhinopharyngites et angines), une campagne d'information a été lancée par le

GEPIE pour une durée de cinq ans dans le département des Alpes-Maritimes. L'InVS a contribué à la promotion de cette campagne en organisant un audit en 2002 pour évaluer l'impact de la campagne sur le taux de portage de pneumocoques de sensibilité diminuées à la pénicilline chez les enfants fréquentant les crèches, et sur les prescriptions d'antibiotiques aux enfants de moins de 6 ans. Ce rapport, basé sur l'expertise technique effectuée par un groupe de cinq experts, évalue la méthodologie employée tout au long de la campagne par le GEPIE pour modifier les pratiques et les comportements des personnes sur l'usage excessif des antibiotiques. À partir de cette évaluation, des mesures d'adaptation et de développement pourront être mises en œuvre et appliquées à d'autres départements et régions.

téléphonie mobile

Téléphonie mobile et santé
Jean-louis Lorrain et Daniel Raoul sénateurs, auteurs du rapport.

Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, Assemblée nationale, n° 346 et Sénat n° 52, novembre 2002, 298 p., 6,50 euros



comprend quatre chapitres consacrés à l'exposition des données « techniques », au sens large du terme, et à la perception des risques liés à la téléphonie mobile. Dans ses nombreuses recom-

mandations, ce rapport propose de : traiter scientifiquement et socialement les problèmes de société afin de créer une réelle transparence dans l'information aussi bien du citoyen que des élus locaux, notamment en ce qui concerne les antennes-relais, de proposer un modèle de charte-type entre les mairies et les opérateurs de téléphonie mobile, de créer une fondation « téléphonie mobile et santé », placée sous l'égide de l'Institut de France, afin d'orienter les recherches scientifiques, en communiquer les résultats et organiser la répartition des crédits selon l'intérêt des programmes de recherche.

Les incidences éventuelles de la téléphonie mobile dans le domaine de la santé sont trop souvent perçues et analysées de façon confuse (confusion entre les éventuels effets de téléphones mobiles et des antennes-relais ; confusion entre les aspects strictement sanitaires et les aspects socio-économiques). Partant de ce constat, les auteurs ont eu le souci de clarifier la situation et de donner, tant aux citoyens qu'aux élus locaux, les moyens de s'informer et d'agir. Ce rapport

assurance maladie

Vers une assurance maladie universelle ?

Institut Montaigne, 2002, 89 p.

L'Institut Montaigne, créé fin 2000, se veut un espace indépendant d'analyse et de réflexion, composé de personnes issues d'horizons divers. Il élabore et diffuse, en s'appuyant sur l'étude d'exemples étrangers, des propositions sur les grands enjeux auxquels nos sociétés sont confrontées. Cette fois-ci, le groupe de travail de l'Institut Montaigne s'est intéressé à notre système d'assurance maladie et propose une nouvelle architecture dont l'objectif est de promouvoir une assurance maladie universelle, s'articulant autour d'un panier de soins et d'un financement universels, et reposant sur « une contribution sociale généralisée (CSG) santé » assise sur l'ensemble des revenus des résidents.

personne âgée

Guide des services de soins et d'aide à domicile pour les personnes âgées

Paris : ORS Île-de-France, octobre 2002, 153 p.

L'Observatoire régional de santé d'Île-de-France a mis à jour son guide 2002 d'aide à domicile pour répondre aux besoins d'informations tant des professionnels de santé que du grand public. L'aide à domicile vient se substituer à une prise en charge familiale ou la compléter. Elle repose sur deux grands dispositifs : les services de soins infirmiers et les prestations d'aide à la vie sociale, auxquels il convient d'ajouter de nouvelles actions d'aide aux aidants. Ce guide rassemble, par département, la liste des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les principaux services d'aide à domicile prestataires de la région.

Établissements de santé : élaboration et suivi du projet social

Un protocole d'accord signé le 14 mars 2000 a prévu de faire reposer la modernisation du service public hospitalier sur « un projet social cohérent, établi au sein de chaque établissement, en s'appuyant sur une nouvelle dynamique de négociation interne ». Ainsi, chaque établissement hospitalier doit définir sa propre politique de développement social tout en menant une politique de soins centrée sur l'usager, en répondant aux exigences de la loi en matière de sécurité et de qualité. Ce guide est un outil pédagogique à l'adresse de tous les personnels hospitaliers et médicaux, cadres et directeurs, impliqués par ce projet.

www.sante.gouv.fr/index.htm

La violence à la télévision

Rapport de la mission Kriegel, ministère de la Culture et de la Communication, 75 p.

La dérive vers la violence est un phénomène qui se banalise de plus en plus et se véhicule particulièrement par l'intermédiaire de la télévision. Une commission composée d'une trentaine de personnes a eu pour mission d'enquêter sur les représentations violentes à la télévision. Cette mission d'évaluation, d'analyse et de propositions a rendu son rapport en novembre dernier au ministre de la Culture et de la Communication. Il ressort qu'il y a vraiment une corrélation entre émissions violentes à la télévision et comportements agressifs de l'enfant ou de l'adolescent qui les regardent. Cela contribue à court terme à des réactions de crainte, d'anxiété et de détresse de la part du jeune spectateur, et à long terme à une désensibilisation, une baisse de l'inhibition et de la culpabilité, voire une réaction de violence gratuite avec l'exposition fréquente de scènes violentes. On observe que si l'exposition à la télé-

vision est inférieure à une heure par jour, le taux d'actes agressifs est de 5,7 % alors que si elle est égale ou supérieure à trois heures par jour, on atteint 25,3 %. Pour remédier à cette violence télévisuelle, la Commission recommande que le CSA voie ses missions renforcées et veille à ce que des sanctions soient prises lorsque les chaînes sont en infraction. Un code de déontologie semblerait souhaitable pour améliorer l'image véhiculée par les médias et donner une signalétique positive qui pourrait être appliquée à des programmes pour la jeunesse. Cela se fait déjà dans d'autres pays européens. Enfin, une information des parents concernant les risques de la télévision pour les enfants doit être menée par les écoles et par les institutions de santé publique.

www.culture.fr/culture/actualites/index-rapports.htm

Éléments de diagnostic sanitaire en Île-de-France

Ce CD-Rom a été réalisé à partir du groupe « Veille et diagnostic » de l'Urcam. Cette édition 2002 décrit la situation sanitaire régionale à partir de diverses sources d'information (Assurance maladie, Drass, ORS, Inserm, Insee, etc.). Outre les caractéristiques socio-démographiques de la région, sont présentées les données relatives à la mortalité, à la morbidité, à l'offre de soins disponible, à la consommation de soins (médicaments et examens biologiques) des Franciliens. De plus, cette édition présente cette année les travaux réalisés par l'Assurance maladie et ses partenaires du secteur sanitaire. Ces « zooms » constitués d'études et d'enquêtes permettent d'enrichir les résultats issus de systèmes d'information et d'élargir le champ du diagnostic. L'ensemble du CD-Rom est consultable et téléchargeable sur le site.

www.urcamif.assurance-maladie.fr

Europe recherche

6^e programme de l'UE pour la recherche et le développement technologique (PCRD)
Règlement (CE) n° 2321/2002 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2002 (JOCE du 30 décembre 2002).

Le 6^e programme 2002-2006 a été doté d'un budget renforcé : 17,5 milliards d'euros, soit des moyens en hausse de 17 % par rapport au 5^e PCRD. Ce programme, qui débute en 2003, s'articule autour de trois axes : concentrer et intégrer la recherche européenne, structurer l'espace européen de la recherche et en consolider les fondations. Les efforts seront concentrés sur sept domaines prioritaires, où les sciences de la vie, la génomique et la biotechnologie pour la santé figurent en deuxième place, en termes de budget. Deux nouveaux instruments introduits par la Commission européenne dans ce programme sont à signaler : les réseaux d'excellence et les projets

intégrés qui doivent renforcer l'intégration de la recherche européenne et répondre aux thématiques prioritaires de ce 6^e PCRD.

À noter que le bilan du 5^e programme montrait que la France arrivait en troisième position, après le Royaume-Uni et l'Allemagne, dans le domaine de la recherche biologique et médicale.

surveillance

Programmes d'éradication et de surveillance de certaines maladies animales et des programmes de prévention des zoonoses

Décision 2002/943 CE du 28 novembre 2002 portant approbation de ces programmes présentés par les États membres pour l'année 2003. (JOCE du 3 décembre 2002).

Cette décision concerne entre autres la rage, les brucelloses bovine, ovine et caprine, la tuberculose bovine, la leucose enzootique bovine, la tremblante, les salmonelles dans les volailles, la peste porcine, etc.

réseau

L'organisation, le fonctionnement et l'évaluation des réseaux de santé

Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 (JO du 18 décembre 2002).

Ce décret fixe les critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé, mis en place par la loi du 4 mars 2002. Différentes mesures sont prévues à l'égard de l'utilisateur, dont la remise d'un document d'information (fonctionnement du réseau,

prise en charge, modalités d'accès aux informations...). Une charte, dite « charte du réseau », définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment des associations, intervenant à titre professionnel ou bénévole et précise les principes éthiques. De même, le ou les promoteurs du réseau signent une convention constitutive au moment de sa création. Un bilan financier et un rapport d'activité doivent être transmis chaque année aux organismes qui ont accordé un financement au réseau, et tous les trois ans un rapport d'évaluation doit être réalisé.

réseau

Financement des réseaux

Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 (JO du 27 octobre 2002)

Ce décret précise les conditions suivant lesquelles les réseaux de santé peuvent bénéficier de financements au titre de la dotation nationale de développement des

réseaux. Pour obtenir ces financements, les promoteurs de ces réseaux doivent s'adresser aux directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, avec lesquels les modalités d'application sont définies. Chaque réseau bénéficiant d'une décision de financement fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation.

personne handicapée

Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

Décret n° 2002-1387 et décret n° 2002-1388 (JO du 28 novembre 2002) relatifs, l'un aux missions du CNCPH et l'autre à la création des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées.

Les missions et la composition du CNCPH, créé par la loi d'orientation de 1975, se trouvent renouvelées en application de deux dispositions des lois du 17 janvier et du 4 mars 2002. Désormais, il doit s'assurer de la participation des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des

politiques les concernant, veiller aux bonnes conditions d'exercice de la fonction de coordination des CDCPH, évaluer la situation matérielle, morale et financière des personnes handicapées et présenter toutes propositions nécessaires à leur prise en charge. Le CNCPH se compose de 65 membres dont les représentants du Parlement, des collectivités locales, d'organismes de protection sociale et de recherche, des associations de familles ou des personnes handicapées.

Les rubriques Lectures, Lois et réglementation et En ligne ont été rédigées par Antoinette Desportes-Davonneau, sauf mention spéciale.

praticien hospitalier

Statut des praticiens hospitaliers

*Décret n° 2002-1421 et décret n° 2002-1422 du 6 décembre 2002 (JO du 8 décembre 2002)
Décrets n° 2002-1423, n° 2002-1424, n° 2002-1425 du 6 décembre 2002 (JO du 8 décembre 2002)*

Ces décrets modifient l'un le décret n° 84-131 du 24 février 1984 relatif au statut des praticiens hospitaliers et l'autre le décret n° 58-384 du 29 mars

1985 portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics.

Trois autres décrets modificatifs sont également sortis le 8 décembre 2002 relatifs aux assistants des hôpitaux, aux praticiens contractuels des établissements publics de santé et enfin aux médecins et pharmaciens recrutés par les établissements publics de santé, les établissements de santé privés participant au service public hospitalier et l'Établissement français du sang.

Paris
Les 5, 12 et 19 mars 2003

Procréation, sexualité, filiation
Séminaire organisé par le collège de la Cité des sciences

Renseignements
Téléphone : 01 40 05 35 96
Mél. : infocollege@cite-sciences.fr
www.cite-sciences.fr/college

Hyères
Les 15 et 16 mars 2003

Groupes à médiation en pratique institutionnelle. Journées scientifiques annuelles organisées par la Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe

Renseignements
Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe
20, rue Larrey
75005 Paris
Téléphone et télécopie : 01 43 36 03 40

Paris
Les 19 et 20 mars 2003

Risque légionelles. Séminaire de formation organisé par l'édition Formation entreprise

Renseignements
Sophana Meng
EFE
Service presse
50bis, avenue de la Grande-Armée
75848 Paris Cedex 17
Téléphone 01 44 09 12 73
Télécopie : 01 44 09 22 22
Mél. : sj@efe.fr

Lille
Les 20 et 21 mars 2003

Valeurs et normes dans le champ de la santé. Journées d'étude organisées par le Comité de recherche 13 « Sociologie de la santé » de l'Association internationale des sociologues de langue française, l'Atelier de recherche sociologique de l'Université de Bretagne Occidentale et le Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires de l'École nationale de santé publique

Renseignements
Mél. : Genevieve.Cresson@ifresi.univ-lille1.fr ou
fxschwey@ensp.fr
www.univ-tlse2.fr/aislf/

Paris
Du 20 au 22 mars 2003

Rendre visibles les soins infirmiers.
4^e conférence européenne de l'Acendio

Renseignements
Abotel. tradotel. congrès & salons
48, rue Lauriston
75016 Paris
Téléphone : 01 47 27 15 15
Télécopie : 01 44 05 01 48
Mél. : acendio@ati-abotel.com

Paris
Du 25 au 27 mars 2003

Les conférences du Forum des professions de la gérontologie et du handicap : les conférences rencontres avec le grand public. Journées organisées par la Fédération hospitalière de France

Renseignements
Fédération hospitalière de France
33, avenue d'Italie
75013 Paris
Téléphone : 01 44 06 84 44
Télécopie : 01 44 06 84 45
www.fhf.fr

Beauvais
Les 1^{er} et 2 avril 2003

De l'aliment santé... à l'agriculture santé.
Forum Agrosanté 2003 organisé par le groupe Isab

Renseignements
Isab
Capucine Mercier
Rue Pierre-Waguet
BP 30313
60026 Beauvais Cedex
Téléphone : 03 44 06 76 16
Mél. : Capucine.mercier@isab.fr

Reims
Les 3 et 4 avril 2003

Usage de drogues, toxicomanie, dépendances... toutes les thérapeutiques se valent-elles ? XXI^{es} Journées organisées par l'Association centre d'accueil et de soins pour les toxicomanes

Renseignements
CAST Journées
27, rue Grandval
51100 Reims
Téléphone : 03 26 02 78 67
Télécopie : 03 26 02 33 54
Mél. : cast.reims@nerim.net

Bordeaux
Le 14 mai 2003

Maltraitance des personnes âgées : les négligences sont-elles une violence ?
Journée organisée par l'association Allô Maltraitance des personnes âgées

Renseignements
Alma France
BP 1526
38025 Grenoble Cedex
Téléphone : 04 76 84 20 40
Télécopie : 04 76 21 81 38
Mél. : asso-alma@wanadoo.fr

Lille
Les 26 et 27 mai 2003

Croissance, convergences et intégration européenne.

Journées organisées par l'Association française de sciences économiques 2003

Renseignements
Secrétariat des journées AFSE 2003
Université des sciences et technologies de Lille
59655 Villeneuve-d'Ascq Cedex
Téléphone : 03 20 33 72 11
Télécopie : 03 20 43 48 33
Mél. : florence.Van-De-Maele@univ-lille1.fr

adsp abonnement

actualité et dossier en santé publique

À photocopier ou à découper et à envoyer à
La Documentation française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers Cedex
Téléphone 01 40 15 70 00
Télécopie 01 40 15 68 00

Nom _____

Prénom _____

Profession _____

Adresse _____

Code postal _____

Localité _____

Oui, je m'abonne à **adsp** actualité et dossier en santé publique
(4 numéros par an)

- France 38,50 euros TTC
- Europe 41,00 euros TTC
- DOM-TOM 41,50 euros H. T. avion éco.
- Autres pays 42,50 euros H. T. avion éco.
- Supplément avion 4,70 euros

- Le numéro 12,00 euros (à partir du numéro 24)
Participation aux frais de facturation et
de port (sauf pour les abonnements) + 3,05 euros

Ci-joint mon règlement :

Par chèque bancaire ou postal à l'ordre de
M. l'agent comptable de La Documentation française

Par carte bancaire

date d'expiration [] [] [] []

numéro [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Date

Signature

éditorial

- 1 **La sécurité routière : un volet de la politique de santé**

Jean-François Mattei

HCSP DIRECT

- 4 **Loi de programmation en santé publique : contribution du HCSP**

Un recueil des principaux problèmes de santé a été élaboré à partir des rapports triennaux *La santé en France*.

Emmanuelle Sarlon

- 5 **HCSP_i fête ses deux ans**

Point, après deux années d'activité, sur le site Internet du Haut Comité

actualité

- 6 **Prévenir les maladies cardio-vasculaires**

Réduire les risques prédisposant aux maladies cardio-vasculaires nécessite des stratégies combinant prévention et soins. Des programmes nationaux concernant le tabac, la nutrition, les pratiques cliniques et thérapeutiques sont mis en œuvre.

Martine Le Quellec-Nathan



Haut Comité de la Santé Publique

hcsp.ensp.fr

Accidents de la route

des handicaps et des décès évitables

Dossier coordonné par Pascale Gayraud

p. 15

16 L'importance du problème et son contexte

- 16 **Les grandes données de l'accidentologie**

Jean Chapelon

- 21 **Les handicaps liés aux accidents de la route**

Vanessa Bellamy

Blandine Gadegbeku, Mireille Chiron

- 22 **Le contexte culturel de l'insécurité routière**

Jean-Pascal Assailly

25 Stratégies préventives et acteurs

- 25 **La politique de sécurité routière**

Isabelle Massin

- 29 **Comprendre et prévenir les accidents**

Pierre Van Elslande

- 33 **Prévenir le risque routier encouru par les salariés**

Jean Studer

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

Anne Tursz, Pascale Gerbouin-Rérolle

39 Deux axes majeurs d'actions pour changer les comportements

- 39 **L'amélioration de la formation des conducteurs**

Jean Flory

- 42 **Le dispositif de contrôle-sanction : limites et progrès possibles**

Marie-Chantal Jayet

45 Focus sur des facteurs de risques

- 45 **La vitesse dans le système social de circulation**

Marie-Berthe Biecheler-Fretel

- 47 **Alcool, drogues, médicaments et conduite automobile**

Charles Mercier-Guyon

- 49 **La sécurité des véhicules**

Dominique Cesari

- 52 **L'action sur l'infrastructure routière**

Jean-Pierre Jouineau

54 Tribunes

- 54 **Ne plus mourir à vingt ans sur les routes**

Claude Got

- 56 **Pour une généralisation des démarches locales de prévention des risques routiers**

Guillaume Rosenwald

- 58 **La loi... des grands nombres ? Brève analyse de la délinquance routière**

François Leplat

- 61 **Bientôt, la préhistoire !**

Geneviève Jurgensen

- 63 **La dépendance automobile**

Entretien avec Gabriel Dupuy

66 Bibliographie adresses utiles

rubriques

régions

- 10 **Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la Smerep**

Enquête sur l'état de santé des étudiants franciliens, leur connaissance et utilisation du système de soins.

Isabelle Grémy, Catherine Embersin, Cécile Brouard, Emmanuel Daydou

études

- 67 **100 ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique**

D'abord inspecteurs départementaux d'hygiène, puis médecins inspecteurs de santé publique : l'histoire d'une profession dont l'évolution est associée aux politiques de santé.

Jacques Raimondeau, Pierre-Henri Bréchat

repères

- 9 **brèves européennes**

- 14 **organisme**

Institut de recherche pour le développement

- 72 **recherche**

Épidémiologie, démographie et sciences sociales : santé reproductive, sexualité et infection à VIH

- 73 **lectures**

- 74 **en ligne**

- 75 **lois & réglementation**

- 76 **calendrier**

