



Président
M. Alfred SPIRA



Rapporteur
M. Jean-Pierre LOISEL

L'épidémiologie des accidents de la vie courante

Les accidents de la vie courante (AcVC) produiraient en France, selon des évaluations plus ou moins recoupées, 19 000 décès par an. Ce seraient 11 millions d'AcVC avec recours aux soins qui se produiraient chaque année, dont 4,5 millions avec recours aux urgences. Sur ces millions de blessés, nous ne disposons que de peu d'informations sur la gravité des blessures et traumatismes, sur le comportement des victimes au moment de l'accident, ou sur l'implication du produit ou du service en cause. Ces chiffres, évidemment impressionnants, doivent être pris en compte et inciter à améliorer les mesures et campagnes de prévention. L'un des leviers sur lesquels il est possible, et urgent, d'agir, est celui de la « connaissance » de ces accidents, et donc de ce que l'on peut nommer l'épidémiologie des AcVC.

Les objectifs de ce groupe de travail peuvent être résumés ainsi : quel est l'état des systèmes d'information dont on dispose au niveau national sur les AcVC ? ; quelles recommandations le groupe de travail peut-il faire pour améliorer l'épidémiologie des AcVC, à la fois en matière d'épidémiologie descriptive et d'analyse des facteurs de risque ? ; les informations dont on pourrait disposer peuvent-elles être utilisées dans un objectif de prévention ? ; comment cela peut-il être coordonné avec ce qui existe à l'échelon européen ?

1. État des lieux

Le dispositif public relatif aux AcVC s'appuie principalement sur quatre fonctions, assurées par les établissements suivants : l'InVS (Institut de veille sanitaire) pour ce qui concerne l'épidémiologie ; l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) pour les actions de communication et d'information du public ; la CSC (Commission de la sécurité des consommateurs) pour la production de recommandations et de conseils de prévention visant à améliorer la sécurité des produits et des services.

Les départements suivants sont concernés par l'élaboration et la mise en œuvre de mesures de prévention : la DGCCRF (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes) pour ce qui concerne la sécurité des produits ; la DGUHC (Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction) et la DGS (Direction générale de la santé) en matière d'aménagements de sécurité dans l'habitat et dans les établissements recevant du public (ERP) ; la DDSC (Direction de la défense et sécurité civiles) en matière de prévention des incendies et de sécurisation des ERP ; la Direction des sports en ce qui concerne la prévention des accidents de sports et de loisirs.

En France, ces quatre fonctions sont bien distinguées. Dans d'autres pays, ce n'est pas le cas : aux USA c'est la Consumer Product Safety Commission, qui pilote un système de surveillance équivalent du système Epac (Enquête permanente sur les AcVC).

Mais c'est également cette commission qui rend des avis, qui communique et qui engage, éventuellement, des politiques de prévention ; en Grande-Bretagne existait un vaste système, Hass, soit Home Accident Surveillance System, ancêtre du programme européen Ehlass (European Home and Leisure Accident Surveillance System). Celui-ci a été démantelé il y a trois ans, et les conséquences de cet abandon sont manifestement très dommageables.

1.1 - L'existant

Plus précisément, en matière d'épidémiologie des AcVC, on recense différents organismes produisant des enquêtes.

1.1.1 – Les données de mortalité

Les données concernant l'ensemble des causes de décès et l'ensemble des morts accidentelles en France proviennent du CépîDC (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) – cepidc.vesinet.inserm.fr. Les AcVC y sont comptabilisés, mais seuls ceux ayant causé directement un décès. Il n'y a pas d'information sur les circonstances des accidents.

1.1.2 – Les données de morbidité

l'InVS conduit une Enquête permanente sur les AcVC (Epac). Il s'agit d'enregistrer aux urgences de dix hôpitaux volontaires les informations sur les patients pris en charge à la suite d'un AcVC : âge, sexe, résidence, prise en charge (date d'arrivée aux urgences, traitement, hospitalisation éventuelle), caractéristiques de l'accident (mécanisme, lieu, activité, type de lésion, partie du corps lésée), produits (agents, éléments) ayant causé ou étant impliqués dans l'accident, plus une courte description de l'accident en texte libre. (cf. invs.sante.fr/publications/2006/epac/epac_fr.pdf).

Ce système comporte plusieurs faiblesses : les données remontent seulement de certains hôpitaux publics. Un doute plane sur la représentativité, puisque seuls dix hôpitaux appartiennent au système Epac. À titre de comparaison, il existe 600 services d'urgence en France, et 13 millions d'accueils en urgence par an, alors que le système Epac recense environ 120 000 accidents. Ainsi,

seuls deux hôpitaux membres du réseau Fesum (Fédération européenne des services d'urgence de la main) sur 47 sont inclus dans ce dispositif ; l'exclusion du système de soins privé empêche la prise en compte de certains types d'accidents, notamment d'un nombre non négligeable d'accidents de la pratique sportive, très souvent pris en charge dans des cliniques privées ; par ailleurs, l'enquête Epac ne peut fournir aucun renseignement sur l'ensemble des accidents qui n'entraînent pas un recours aux services d'urgence (consultation chez le médecin, le pharmacien...).

L'InVS conduit également des enquêtes ponctuelles, sur la base de partenariats :

- enquête noyades 2006

(invs.sante.fr/publications/2008/noyades_130208/index.html), alimentée par les services de la Direction de la défense et de la sécurité civiles : recueil de données assuré par les secours intervenant sur place : pompiers, Samu-Smur, gendarmerie, maîtres nageurs sauveteurs, police, Croix-Rouge française, CRS... Cette enquête conduite en 2002, 2003, 2004 et 2006 est unique en Europe.

- enquête défenestration 2005 et 2006

(invs.sante.fr/publications/2007/defenestration/index.html), menée dans trois régions, recueil de données assuré par les secours intervenant pour tout enfant de moins de quinze ans victime d'une défenestration accidentelle. On peut regretter à ce sujet un suivi trop dépendant, et l'absence de détails sur les circonstances...

- des enquêtes dans lesquelles ont été introduites des questions sur les AcVC

Enquêtes santé protection sociale en 2002 et 2004, enquête santé 2002-2003, cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire depuis 2002. Dans ce cycle, un volet mis en œuvre avec la Dress (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et le Desco (Direction de l'enseignement scolaire) porte sur « les enfants et l'eau » : pour ce qui concerne l'apprentissage de la natation des enfants, des données sont injectées dans le cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire. Mais c'est un processus long. La base de données sera disponible d'ici à deux ans. C'est une enquête à échantillon national, représentatif, sur les enfants de six à dix ans.

La Fesum (fesum.fr) a réalisé une enquête en 2002 sur les accidents de la main. Ce travail a été mené sur huit jours, dans les hôpitaux du réseau Fesum (2 167 fiches renseignées), permettant d'obtenir des données originales, en particulier sur les circonstances (deux fois plus d'accidents de la main dans le cadre des AcVC que dans le cadre des accidents du travail) et les types de traumatismes. Cette enquête, compte tenu du volontariat des personnels l'ayant réalisée et de la surcharge de travail occasionnée, n'a pas pu être reconduite depuis.

Le SNOSM (Système national d'observation de la sécurité en montagne), – cssm.jeunesse-sports.fr/page-snosm/prmission.html, créé par arrêté ministériel, sous l'égide des ministères de l'Intérieur, de la Défense et de la Santé, sous la responsabilité de l'École nationale de ski et d'alpinisme, recense, par l'intermédiaire des préfectures des départements de montagne, les interventions réalisées par les services de secours en montagne.

Les travaux conduits dans cet atelier ont mis l'accent sur plusieurs faiblesses du système. Il s'agit d'un système lourd, dont certains pensent qu'il ne fonctionne pas au plein de ses capacités : il souffre d'un certain manque de transparence ; il ne prend en compte que les accidents ayant valu intervention de secours (et non tous les traumatismes qui peuvent être vus par un médecin libéral ou se déclarer après coup) ; il ne donne pas d'indications sur les variables d'âge, de sexe, sur les circonstances ; le détail de ses résultats n'est pas rendu public...

Cette vision n'a pas été mise en cause parmi les membres de l'atelier. Toutefois, au cours du forum de restitution du 10 juin 2008, la Direction de la défense et de la sécurité civile (DDSC du ministère de l'Intérieur) ainsi que la Direction des sports (du ministère de la Jeunesse et des Sports), ont contesté énergiquement cette présentation, et demandé qu'il soit fait état de leur désaccord.

Le Réseau épidémiologique d'accidentologie des sports d'hiver, par l'association des médecins de montagne (mdem.org) repose sur l'ensemble du réseau des médecins, intégrant secours et visites médicales libérales. Il est plus exhaustif que le précédent (il dénombre 150 000 accidents par an, contre 50 000 pour

Epidémiologie des accidents de la vie courante

le SNO SM), mais a un champ plus large que les seuls problèmes traumatiques.

La CSC (securiteconso.org/article577.html) reçoit des requêtes de particuliers, mais qui ne suffisent évidemment pas à établir des statistiques et une source représentative de données.

L'enquête Baromètre santé de l'Inpes mesure à un temps T l'état de l'opinion, des attitudes et des comportements de la population. Il s'agit d'une enquête par téléphone auprès des ménages. Un des thèmes abordés est celui des accidents.

Par ailleurs, il existe vraisemblablement des données très éparses, non standardisées, non recoupées, non regroupées, hors du domaine public, produites plus ou moins artisanalement par certaines associations de victimes, fédérations sportives (par exemple la Fédération française de canoë) ou professionnelles, etc.

Les mutuelles d'assurance voient remonter chaque année des dizaines de milliers de cas d'accidents domestiques et veulent participer au travail de prévention des AcVC. Calyxis (calyxis.fr) est une entité qui succède au Centre européen de prévention des risques, créée en 1997 à Niort. Cette structure se veut un acteur important de la prévention des AcVC, autour de cinq activités : une plate-forme de recherche ; un centre de formation ; un programme Géorisques, réalisation d'une cartographie des risques naturels ; une plate-forme d'expérimentation ; et, ce qui nous intéresse particulièrement ici, un Observatoire des AcVC.

Les mutuelles, parties prenantes de cette structure, mettent depuis quelques années des données en commun à partir des déclarations de sinistre faites aux mutuelles (complémentaires santé, multirisques habitation...). Actuellement, un protocole de recueil et d'analyse de ce fichier est en voie d'élaboration. Près de 6 000 données ont d'ores et déjà été enregistrées et analysées, et, d'ici 2009, la base de données devrait être opérationnelle. Un Comité scientifique surveille la mise en œuvre de cette base. Les mutuelles participent en fournissant leurs données et en finançant pour partie le

système. L'État et les collectivités locales financent également la structure.

En revanche, jusqu'à plus ample informé, les sociétés d'assurances elles-mêmes ne disposent pas de bases de données en accidentologie. La Fédération française des sociétés d'assurance nous a ainsi laissé entendre que : en dehors des statistiques de sinistres, fondées sur des données exploitées principalement au niveau individuel de l'assuré, les sociétés d'assurance n'élaborent pas d'outils permettant de recueillir et analyser les accidents sous l'angle des « traumatismes » ; il n'y a pas de mutualisation des données entre les sociétés d'assurance.

Les gendarmes, la police, par les PV souvent détaillés qu'ils remplissent, pourraient constituer une source riche. De même, les pompiers, par leur présence sur le lieu de nombre d'accidents graves, pourraient également être des acteurs susceptibles de faire remonter des informations. Pour l'instant, cependant, leur travail reste focalisé sur l'urgence, laissant peu de temps et de moyens à une collecte de données. Il est regrettable, notamment sur ce point, que le ministère de l'Intérieur, contacté pour audition, n'ait pu se rendre disponible pour apporter sa contribution à cet atelier. Cependant, la Direction de la défense et de la sécurité civiles du ministère de l'Intérieur reste un maillon essentiel dont l'informatisation semble en net progrès depuis 2005 (centralisation des données autrefois dispersées entre Paris, Marseille et le reste de la France). Les pompiers, avec 3 608 700 interventions par an, commencent à fournir des chiffres très précis, par exemple le nombre de décès, de blessés graves et de blessés légers dans les incendies de maison.

1.2 - Des tentatives de centralisation de données, un échec pour l'instant

En 2004 a vu le jour une proposition émanant du Premier ministre, Jean-Pierre RAFFARIN, de créer un

laboratoire dédié à la mise en place d'un système d'information complet sur les AcVC. Cette proposition n'a pas été suivie d'effet pour des causes financières ; mais aussi pour des raisons de « territoire » dans les différents ministères : la coopération nécessaire entre les différents services (en particulier DGS, DGCCRF, Intérieur...) a échoué.

Devant cet échec, la DGCCRF et la DGS ont défini un protocole d'échange¹ qui pourrait se substituer à ce laboratoire, et remplacer la convention qui avait été signée à cette occasion. Mais le dispositif actuellement mis en place n'a pas du tout ni la même ampleur ni les mêmes fonctions que le laboratoire prévu. Alors que celui-ci devait aider à organiser le recueil et l'analyse des données, le nouveau projet de protocole d'échange et de collaboration, qui concerne la DGS, la DGCCRF, la Direction des sports, l'INC, la CSC, l'Inpes et l'InVS, n'a d'autre objectif que de faciliter les échanges pour éviter qu'un organisme mette en œuvre une action, un recueil de données, sans que les autres ne le sachent : il s'agit plus d'éviter les doublons, de permettre de mieux utiliser les moyens de chaque entité. Ainsi son article 1^{er} envisage notamment de renforcer : la coordination en matière de collecte des données épidémiologiques disponibles dans les systèmes de recueil existants ; la coordination en matière d'études et d'investigations générales ou ponctuelles ; la coordination entre les actions de communication et le développement d'actions de communication conjointes. Toutefois, s'il ne prévoit pas la mise en place d'un réceptacle centralisé des données, ce cadre d'échange, en ne l'excluant pas et en posant les bases d'une coopération entre différents acteurs essentiels, pourrait tout à fait évoluer vers ce type de mesure.

Outre cette tentative aux trois quarts mort-née de mise en commun et de rationalisation des données, il existe un Plan national de prévention des AcVC. C'est un plan conjointement piloté par la DGCCRF et la DGS. Il est annuellement mis à jour quant à l'état d'avancement des actions, à l'ajout d'actions nouvelles ou au retrait de

certaines autres actions. Il comprend aujourd'hui neuf actions, ne concernant pas directement l'accidentologie. Seul son point 3, portant sur les défenestrations, envisage une amélioration de la « surveillance épidémiologique des défenestrations accidentelles d'enfants et leurs conséquences ».

1.3 – Des tentatives locales qui n'ont pas abouti

Sous l'initiative, entre autres, de la DGCCRF, dans certains départements, a été testée la création de réseaux réunissant hôpitaux, services d'urgence, pompiers, gendarmeries, services déconcentrés (DGCCRF, Intérieur...). Faute sans doute d'une véritable autorité coordinatrice, ces tentatives éparses n'ont pas donné de résultats et sont aujourd'hui abandonnées (la justification du secret médical dans le monde de la santé pour refuser de communiquer des données d'accidentologie est en particulier en cause). Il n'en demeure pas moins que, dans quelques départements où les bonnes volontés étaient plus nombreuses, des esquisses de résultats sont apparues qui auraient pu, à terme, aboutir à la constitution d'un réseau solide, fiable et complet, et à la remontée efficace de l'ensemble des accidents (types, circonstances, victimes, produits en cause...) survenus dans le département. L'avantage d'un tel dispositif est la proximité : il aurait été possible d'obtenir des informations à la source (auprès de la victime elle-même ou de ses proches), pour ensuite les centraliser.

Sous l'impulsion du conseil général des Deux-Sèvres et de certaines mutuelles d'assurance, un prototype de recueil de l'information sur les AcVC a été élaboré dans la région niortaise, qui devrait mettre en connexion les hôpitaux de la région. Toutefois, ce projet semble pour le moment en suspens.

1. Protocole d'échanges et de collaboration entre la Direction générale de la santé, la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, la Direction des sports, l'Institut de veille sanitaire, la Commission de la sécurité des consommateurs, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la Santé et l'Institut national de la consommation.

1.4 - Des outils de recueil existants, qui pourraient être adaptés

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : obligatoire dans tous les établissements de santé, publics et privés, ce système permet, à partir d'informations quantifiées et standardisées, de disposer d'éléments sur la tarification des établissements de santé, leur planification, leur gestion. Dans la loi, le législateur a prévu que ce système permette aussi de disposer de données d'épidémiologie. Pour l'instant, il reste cantonné à des objectifs purement administratifs et de gestion, et permet de calculer les coûts par pathologie pour les patients hospitalisés. La rubrique « diagnostic » est donc déjà très détaillée pour la description des traumatismes (ainsi, pour les brûlures, on connaît la localisation, la surface, la profondeur, les lésions associées, les pathologies associées, la notion d'inhalation de fumée...). Manque juste le codage des causes (que le système informatique peut accueillir sans modification).

1.5 – Des bases de données « produits »

Le recensement des AcVC et de leurs conséquences est en partie corrélé à un recensement de causes d'accident, effectué partiellement par certaines professions et/ou administrations, par le biais des produits et des prestataires de services.

Ainsi l'Observatoire national sur la sécurité électrique a-t-il réalisé une étude détaillée (mais en 1998) sur la qualité des installations électriques en France. Sachant qu'environ un tiers des incendies domestiques sont d'origine électrique (soit environ 80 000 par an), une entrée par l'observation des installations est un moyen, parmi d'autres, de connaissance, et par là, de prévention. Dans le même sens, l'obligation, dont le décret vient juste d'être publié, de dresser un diagnostic électrique à chaque mutation de logement pourra fournir une base

de données très riche de l'état des risques électriques en France.

Le réseau européen Rapex identifie les produits présentant un risque grave (principalement les jouets et les produits électriques), fournissant des informations détaillées sur le produit précis et ses dangers. Il est géré, au niveau de la France, par la DGCCRF.

De même, les DRCCRF font-elles remonter à l'échelon central tous les problèmes de produits dangereux dont elles ont connaissance (selon un système de fiches de danger). Par ailleurs, on recense également des initiatives très ponctuelles, visant à faire progresser la prévention des AcVC, entre autres par la production de données. C'est le cas par exemple du projet de maison d'expérimentation élaboré par Calyxis en étroite collaboration avec le CSTB, sur le site de Calyxis à Niort, au sein de laquelle : seront testés des produits (matériaux, éléments de décoration) non encore finalisés ; seront entreprises des évaluations selon des référentiels existants ou à développer sur la dimension « risques domestiques » ; sera présenté un vrai « pavillon témoin » proposant des solutions innovantes et pédagogiques aux risques domestiques ; seront réalisées des sessions de formation.

Un autre site expérimental, visant à recenser les risques domestiques pour les personnes âgées est installé à Sophia-Antipolis. Il s'agit, dans un appartement équipé de capteurs et de nouvelles technologies, d'installer des personnes âgées volontaires et d'observer tous leurs faits et gestes, leurs comportements éventuellement à risques, et les solutions adaptées pour les éviter ou les personnes à alerter en cas d'accident. Des données sont ainsi recueillies, en collaboration avec le CHU de Nice. Ce type d'expérimentation existe dans plusieurs régions (région Centre, CHU de Tours, université de Grenoble...).

1.6 – Le niveau européen

Selon les pays, les situations en matière d'épidémiologie des AcVC sont très diverses. Ainsi, en Norvège est établi un recueil de données exhaustif des accidents donnant

lieu à un passage en hôpital. La faiblesse d'un tel recueil est de porter sur des critères observés très limités (plus que dans l'enquête Epac). Des tentatives d'élaboration de bases de données européennes ont également vu le jour :

- IDB (Injury Data Base), qui remplace le système Ehlass (European Home and Leisure Accident Surveillance System), fonctionne sur la base du volontariat d'hôpitaux. Epac est la composante française de l'IDB ;
- Susy Safe a pour ambition de créer un réseau de

surveillance et de données sur les suffocations d'enfants par ingestion de petites pièces. Dans la pratique, le résultat est resté bien en deçà des objectifs, seulement trois hôpitaux français impliqués, seulement cinq pays d'Europe... ;

- l'InVS a également mené trois projets européens depuis 2004, l'un sur les enquêtes transversales, le deuxième sur les fonctions d'alerte en accidentologie, et le troisième sur l'analyse comparative des données de mortalité pour un traumatisme au niveau européen.

2. Enjeux

2.1 – Mesurer, pourquoi ?

2.1.1. - Mesurer pour savoir et comprendre

Ce tableau de l'état de l'épidémiologie des AcVC en France aujourd'hui laisse encore des trous béants à notre connaissance, et donc des champs inexplorés, sur lesquels il est très difficile d'engager des politiques de prévention. Par exemple, en 2005, on ignorait le nombre précis de décès par incendie domestique. Et comme on l'a souligné plus haut, l'état des statistiques reste sujet à des critiques sur leur représentativité, même si, selon la Direction de la défense et de la sécurité civiles, les statistiques incendies ont « notablement progressé » depuis 2005. Leur amélioration constatée par différents acteurs aiguillonne la frustration : ne pourrait-on imaginer que ce système de recueil ne contienne ou ne pourrait contenir le codage des causes de traumatisme ? De même, les données « hors décès » sont encore très parcellaires. La « bobologie » n'est que rarement recensée, alors que la survenue d'accidents bénins peut être éclairante sur les occasions d'accidents. Par ailleurs, les données existantes ne prennent le plus souvent en compte que le moment précis de l'accident, et non pas ses conséquences. Ainsi, il existe une seule étude (A. Tursz et M. Crost)

pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1730633 – qui chiffre le nombre de séquellaires après leur passage aux urgences.

Enfin, et cela est capital, la plupart des données recensées ne donnent que trop peu d'indications sur les facteurs de risques. L'exemple du travail effectué sur les miniskis² en collaboration entre l'Association des médecins de montagne et certains industriels est sur ce plan exemplaire : l'analyse fine des accidents, des traumatismes, a conduit l'association à clairement identifier comme « sujets à risque » les débutants (de moins de sept jours de pratique) et les enfants et adolescents jusqu'à

quinze ans. Une action énergique auprès des magasins de sport, conduite par un fabricant, recommandant la non-utilisation des miniskis par ces catégories de pratiquants a abouti à une diminution significative du risque de fracture de jambe.

2.1.2. - Mesurer pour peser

Se faire entendre des pouvoirs publics, imposer que des politiques de prévention soient étudiées et mises en œuvre, sans apporter de « preuves » chiffrées de l'existence d'un problème, relève d'une gageure. Face aux tutelles, c'est un peu la politique du « chiffre opposable » qui va pouvoir déclencher une prise de conscience. Par exemple, l'idée d'un diagnostic électrique obligatoire³ au moment des mutations de biens immobiliers, qui vient d'être concrétisée, n'aurait certainement pas pu voir le jour si les chiffres issus d'études n'étaient pas aussi importants (7 millions d'installations électriques avec un point de danger, 80 000 incendies domestiques directement imputables à des problèmes électriques...).

2.1.3. - Mesurer pour hiérarchiser

Les AcVC pèsent sur deux grandes dimensions. Tout d'abord une dimension humaine, chacun d'entre eux étant un drame personnel.

Un accident invalidant, un choc, un traumatisme, sans même parler d'un décès, peuvent faire basculer une vie. Mais ils ont également une implication économique évidente : le coût des réparations, des soins, du handicap qui prive la société des capacités d'une personne, est important. Il convient alors de déterminer quels sont les accidents qu'il est prioritaire d'éradiquer, pour le bien-être collectif.

Disposer de statistiques, de données épidémiologiques, permet d'orienter les politiques de prévention. Par exemple, il y a quelques années, l'InVS a réalisé une étude sur les accidents de roller. Cette étude a eu le mérite,

2. Voir sur ce point l'avis de la CSC relatif aux miniskis, de février 2005.

3. La CSC a rendu deux avis relatifs aux installations électriques anciennes, en décembre 1987 et en décembre 2003, qui proposaient déjà un tel diagnostic.

malgré le nombre d'accidents graves recensés, d'indiquer qu'il ne s'agit pas d'un sujet de santé publique. Les « effets d'optique » peuvent être trompeurs : des statistiques fausses ou incomplètes peuvent faire passer à côté des vrais problèmes.

Ainsi en matière d'accidents de montagne, le SNOSM, organisme officiel, a produit des chiffres sous-évaluant le volume des accidents de sports d'hiver, par un champ d'investigation sans doute trop limité (recensement de 50 000 accidents par an). Or cela ne représente qu'un tiers des accidents effectifs. L'Association des médecins de montagne a dû monter au créneau, y compris auprès de la presse.

2.1.4. - Mesurer pour prévenir

Au final, savoir, comprendre, peser et hiérarchiser doit aboutir à une prévention accrue des AcVC. La mise en place d'une stratégie de prévention efficace repose sur l'implication et la collaboration de trois types d'acteurs : les experts, qui vont produire de la connaissance ; les usagers, qui vont, par les associations de consommateurs par exemple, témoigner des risques perçus, de leurs attentes, de la faisabilité de certaines mesures et politiques de prévention ; les décideurs, qui vont impulser les politiques de prévention.

2.2 – Que mesurer ?

Il existe une difficulté sémantique : selon certains intervenants, la France serait le seul pays à parler d'AcVC, idée contestée par Bertrand THELOT. Il est vrai qu'il s'agit d'une notion difficilement traduisible. À l'étranger, on parle de traumatisme. Le problème est que le traumatisme renvoie à la fois à l'événement (« je suis tombé ») et à son résultat (« j'ai la jambe cassée »). D'où une difficulté de comparaison avec d'autres pays, et d'insertion dans d'éventuels dispositifs internationaux. Par ailleurs, il existe une autre difficulté, de territoire. La

notion d'AcVC instaure dans certains cas une ligne de partage arbitraire, ou du moins difficilement opératoire, entre des circonstances d'accidents. Par exemple, une majorité des accidents de la main intervient dans le cadre du travail, et n'est donc pas comptabilisée comme AcVC, alors même que les traumatismes infligés sont du même ordre. Si les mesures d'information peuvent être effectivement distinctes (il est plus « facile » d'informer et de prévenir dans un cadre organisé et encadré comme celui du travail), les mesures de prise en charge après traumatisme (services d'urgence...) demeurent pour autant identiques. De même, on retrouve ces recouvrements de territoire pour les accidents de vélo qui, s'ils interviennent sur la voie publique, sont du ressort des accidents de la circulation, et non des AcVC.

2.3 – Comment mesurer ?

Si l'objectif de la mesure est de mieux savoir comment prévenir, il n'est pas nécessaire d'obtenir une précision exacte dans ce que l'on mesure. Ainsi, on sait qu'il y a en France, chaque année, entre 500 et 700 décès par incendie. Cette fourchette semble suffisante, car la question n'est pas « combien précisément », mais « on gagne combien de vies en faisant quoi ? » Mais pour certains accidents rares aux conséquences lourdes, des données fines sont requises. Les accidents très rares et graves ne font pas l'objet d'études épidémiologiques. Le processus, un peu aléatoire, est le suivant : à un moment donné, lorsque suffisamment de cas sont remontés, et qu'ils commencent à « faire masse », alors le phénomène peut être catalogué comme préoccupant et donner lieu à des travaux d'épidémiologie.

3. Recommandations

3.1 – Miser sur la recherche en AcVC

Les participants à l'atelier ont évoqué la grande pauvreté de la recherche dans ce domaine. Par exemple, il n'existe aucune équipe de recherche à l'Inserm sur les AcVC. Le fait que ce ne soit pas une spécificité française ne doit pas atténuer ce constat. Demander plus de moyens pour la recherche fait évidemment partie des antiennes ressassées de rapports en livres blancs, sur à peu près tous les sujets. Toutefois, au regard des chiffres impressionnants placés en tête de ce rapport, les moyens mis en œuvre aujourd'hui pour les réduire ne semblent pas suffisamment bien dimensionnés : ainsi, la gestion et l'analyse de l'enquête Epac fonctionnent sur un budget annuel de 380 000 euros !

Il existe peu d'épidémiologistes qui savent ce qu'est l'accidentologie, hormis pour ce qui concerne les accidents de la circulation. Inversement, il existe une armée d'accidentologues (aéronautique, route...) qui ne connaissent pas l'épidémiologie. Il convient donc de former les premiers et de motiver des chercheurs dans ce champ d'étude. Cette priorité impérative (il faut savoir analyser correctement et finement pour en tirer des conséquences fructueuses, applicables et avec des résultats tangibles) repose sur une augmentation de moyens voués à la recherche et à l'éducation.

3.2 – Faire des AcVC une grande cause nationale

L'avantage de la « grande cause nationale » est qu'elle permet de donner de la visibilité à un phénomène qui, comme les AcVC, reste mal connu des consommateurs eux-mêmes, à cause de son hétérogénéité.

Chaque année, une campagne (présentée par des organismes à but non lucratif) est agréée par le Premier ministre en tant que grande cause nationale, ce qui ouvre

droit à la diffusion gratuite de messages par les sociétés publiques de radio et de télévision. L'agrément est donné par le Premier ministre après avis d'une commission restreinte. Les cahiers des missions et des charges des sociétés nationales de programme France 2, France 3, France 5, Radio France et de RFO (réseau France outre-mer) leur font obligation de diffuser gratuitement un nombre déterminé (douze) de messages de la campagne retenue.

Par ailleurs, ce « label » permet également de récolter des fonds (dons, collectes) que l'on peut affecter à l'information ou à la recherche. De plus, un tel label permettra aussi une meilleure prise en compte de la problématique AcVC au sein des Groupements régionaux de santé publique (GRSP) qui, à ce jour, ne les traitent pas au titre de la santé publique.

Il est évident que l'année où les AcVC seront déclarés grande cause nationale, une série de manifestations et de moyens (voir les points suivants) accompagneront cette labellisation, pour lancer véritablement une prise de conscience collective de l'importance du phénomène. La candidature des AcVC au statut de grande cause nationale pourrait être appuyée par l'INC.

3.3 – Créer une entité interministérielle des AcVC, seul moyen d'engendrer une véritable coordination

Il est urgent de créer un organisme, ou de développer un organisme déjà existant qui soit chargé de coordonner l'ensemble des actions et des travaux de prévention et de recherche sur les AcVC. Une telle entité pourrait être une délégation interministérielle, qui prendrait corps à partir de l'existant protocole d'échanges décrit en 1.2. Cette entité doit à la fois agir en souplesse et disposer de suffisamment d'autorité pour sensibiliser et faire coopérer toutes les administrations concernées. Il existe

un consensus sur l'existence d'un opérateur chargé de la mutualisation des données existantes. Les conditions de succès d'une telle entité ne seront réunies que si l'organisme en question ne se veut pas « totalitaire », et si les autres partenaires sont d'accord.

Le problème des AcVC est très difficile à appréhender par l'Administration, parce que ces accidents correspondent à un ensemble de situations extrêmement hétérogènes et dispersées. Cela défie la mise en place d'un dispositif de surveillance à l'instar de ce qui se fait dans les dispositifs de vigilance. Les représentants du ministère de la Santé, à savoir la Direction générale de la santé, se montrent ouverts à une telle idée. Il n'existe aucun monopole sur les AcVC. Par contre, la DGS reste très attachée au fait que les dispositifs de surveillance existants ici ou là soient supervisés par l'InVS, en invoquant des raisons de cohérence et de validité des données.

De plus, si le dispositif actuellement mis en place par l'InVS (réseau Epac) est évidemment perfectible (en nombre d'établissements, en représentativité...), comme on l'a vu plus haut, il serait illusoire, et sans doute peu souhaitable, d'envisager un système qui mesure tout, tous azimuts. En effet, l'aspect quantitatif ne suffit pas pour mesurer intelligemment les AcVC. Ainsi certains accidents, pourtant très graves, arrivent-ils en petit nombre (par exemple les défenestrations) et nécessitent la mise en place de mesures de prévention.

Une telle entité ne pourrait fonctionner efficacement que sous l'impulsion d'une volonté politique forte, et dans le respect des différentes administrations qui y apporteraient leur concours. Cette entité, outre la production et la mutualisation des données, aurait un champ d'action plus large et devrait prendre en compte quatre volets : les méthodes (de recueil, d'analyse...) ; les données elles-mêmes ; les résultats ; leur valorisation. Elle pourrait donner l'impulsion nécessaire à la mise en

œuvre d'outils pertinents et efficaces pour la prévention des AcVC, comme un Observatoire national des AcVC.

3.4 – Créer un Observatoire national des AcVC et le doter de moyens financiers importants

À l'instar de l'Observatoire de la qualité de l'alimentation, dont la création préconisée par le Conseil national de l'alimentation reste pour l'instant laborieuse, la centralisation dans un Observatoire national des multiples données sur les AcVC, voire sur les produits et services dangereux, permettrait enfin de disposer d'un outil fiable, représentatif, cohérent et détaillé pour analyser les AcVC et d'organiser une prévention adaptée. Cet observatoire, sous la tutelle de l'entité interministérielle préconisée plus haut, centraliserait toutes les données existantes (publiques, mais aussi venant des professionnels, et incluant les études et initiatives ponctuelles), et bénéficierait de l'appui de chercheurs formés en épidémiologie des AcVC. Il serait ainsi à même de produire sur l'ensemble des accidents : une définition incontestable du champ des AcVC ; des études fines, circonstanciées ; des préconisations de pistes d'action. Pour le bon fonctionnement d'un tel observatoire, il est essentiel qu'il soit doté de moyens financiers importants, et très nettement supérieurs à ceux dont bénéficient aujourd'hui les travaux sur les AcVC.

3.5 – Utiliser les ressources des professionnels, fabricants, et distributeurs

Sur un certain nombre de points, il est souhaitable de pouvoir s'appuyer davantage, voire d'exiger des professionnels des données sur les remontées d'accidents portées à leur connaissance et concernant les produits qu'ils fabriquent ou distribuent. Ceux-ci peuvent, en collaborant, se montrer très utiles.

Par exemple, en matière de miniskis, après une polémique sur les accidents dont ils pourraient être responsables, des travaux ont eu cours entre industriels et médecins de montagne pour identifier clairement les risques. Au final, il est apparu que le miniski à fixation déclenchable est le sport qui génère le moins d'accidents sur les pistes de ski.

D'après le code de la santé publique, l'InVS a accès à toutes les bases de données, et pourrait exiger des industriels, et autres organismes privés, l'ouverture de leurs bases. Il ne s'agit évidemment pas de recourir à la contrainte ; l'accès aux données des professionnels ne peut s'entendre que par un système de collaboration. Il convient cependant de ne pas oublier les volontés du législateur. Un réel travail reste à entreprendre pour impliquer plus avant ces professionnels et créer un véritable échange entre l'Observatoire et les professionnels. Il faut donc réfléchir à organiser rationnellement, et en toute transparence, ces remontées. Une clause de confidentialité, garantissant que ces données, délivrées par exemple à l'Observatoire cité dans le point précédent, n'ont pas pour vocation d'être publiées en l'état, mais seulement agrégées, et donc sans mention des marques, serait appliquée à l'égard des professionnels donnant accès à leurs données.

Des professionnels, comme la Fédération des métiers du bricolage, collaborent déjà en termes de prévention avec des services (dans ce cas, la Fesum) et coproduisent avec eux des documents de prévention. Cette attitude ouverte peut se prolonger dans la mise à disposition des remontées constatées d'accidents, de plaintes, de risques, de la part de la clientèle. Dans ce dispositif, la présence de Calyxis est évidemment primordiale, premier pas concret d'une profession (les mutuelles) qui cherche à faire bénéficier la collectivité de données qu'elle recueille de ses clients.

3.6 – Pérenniser un système de recueil à plusieurs étages

Il faut, a minima, deux étages à un système efficace et cohérent de recueil de données d'accidentologie : constituer une base de données large, représentative, embrassant tous les accidents identifiables ; et au-delà, engager des études ponctuelles (études de cas), plus qualitatives « pour en savoir plus » sur tel ou tel type d'accident. Pour le travail quantitatif, il est nécessaire d'améliorer et de faire converger les appareils existants aujourd'hui. Favoriser une remontée plus riche, plus détaillée et plus représentative des données accidentologiques.

Pour les études ponctuelles, une hiérarchie des priorités doit absolument être dressée. Pourquoi pas une approche par « le petit bout de la lorgnette » dans certains cas ? Par exemple, sur les brûlures en baignoire, qui entraînent entre dix et vingt décès par an, un travail de recensement et d'enquête a été effectué. Ces statistiques (de l'InVS) ont ainsi permis la prise d'un arrêté (30 novembre 2005) limitant la température d'eau chaude sanitaire⁴ au point de puisage. Même remarque pour ce qui concerne les défenestrations⁵ : deux enquêtes ont été conduites ponctuellement, et il n'est nul besoin d'en reconduire prochainement. Vis-à-vis de ce risque, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF), saisi de ce dossier, a formulé un ensemble de recommandations dans son avis du 6 avril 2006. Parmi ces recommandations figurent la poursuite, voire le renforcement, des campagnes de communication spécifiques et de la surveillance épidémiologique mais également la modification de la réglementation et de la normalisation sur les garde-corps. La Direction générale de la santé assure le suivi de la mise en œuvre de l'avis du CSHPF au moyen de réunions annuelles rassemblant

4. Voir l'avis de la CSC d'octobre 2003 relatif aux brûlures à l'eau chaude sanitaire.

5. Voir l'avis de la CSC d'octobre 2005 relatif à la sécurité des fenêtres et des balcons.

les différents partenaires concernés. Mais dans ces deux cas, il est exclu de mettre en place un réseau d'information permanent, qui serait surdimensionné pour une survenue d'accidents trop limitée.

Cette idée (surdimensionnement dans nombre de cas) semble consensuelle ; toutefois, ce n'est pas parce qu'il existe un dispositif large (Epac) que cela exclut de mettre en place des réseaux d'information sur tel ou tel type d'accident. Cela existe, par exemple sur les maladies à surveillance obligatoire. Les critiques sur la représentativité du réseau Epac, si elles sont recevables, ne doivent toutefois pas cacher une réalité : ce recueil coûte cher (380 000 euros par an pour dix hôpitaux), et il est nécessaire de conserver des budgets pour des enquêtes thématiques.

3.7 – Utiliser le PMSI comme outil de recueil

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un outil actuellement utilisé à seule fin de gestion des hôpitaux. Après avoir conduit une étude sur la « Mise en place d'un système de recueil de données auprès des centres de grands brûlés d'Europe » (ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/injury/fp_injury_2001_frep_08_en.pdf) –, le docteur Latarjet regrette que toute épidémiologie soit absente, que nulle part ne figure l'obligation de saisir la cause du traumatisme alors que la base nationale constitue un outil performant et très bien contrôlé.

Déjà, certains pays ont élaboré des bases de données épidémiologiques sur les traumatismes, et le potentiel d'informations collectées par ce moyen commence à être important. Cet outil pourrait ainsi être utilisé pour faire de l'épidémiologie au niveau national, et pas seulement sur les seules brûlures.

Saisir quelques données supplémentaires sur le patient et sa pathologie (et, pour ce qui concerne les AcVC, le lieu de l'accident, la cause précise de l'accident...) permettra d'obtenir cette vision large, globale et représentative, du phénomène. Hormis des conséquences directes en matière de prévention, une telle modification permettrait également, sur un plan comptable, de connaître immédiatement et quasi automatiquement le coût de l'hospitalisation correspondant au traumatisme étudié (par exemple, coût des hospitalisations pour brûlures par eau chaude sanitaire ou par incendie d'habitation, par fracture du fémur dans les maisons de retraite, etc.).

Reste à traiter la question du « comment ? » : qui va saisir les données ; quels moyens supplémentaires peuvent être mis en œuvre ; ou quelle motivation peut conduire les médecins à prendre deux minutes de plus par patient ? C'est encore principalement un problème de moyens qui se pose ici.

3.8 – Introduire une composante « évaluation » dans le recueil de données

Étudier les accidents et leurs causes est un élément fondamental de la connaissance. Mais il est également essentiel de comprendre les raisons de succès ou d'échec de telle ou telle mesure. Par exemple, entre 1980 et 1990, la mortalité liée à un AcVC des enfants d'un à quatre ans a été divisée par deux (passant de 15,4 pour 100 000 à 7,7 pour 100 000). Or, comme le rappelle Anne Tursz⁶, aucune publication n'a « cherché à quels facteurs précis attribuer cette considérable diminution des taux de mortalité ».

La politique d'évaluation récemment mise en place lors de l'entrée en vigueur des dernières mesures antitabac

6. Anne TURSZ, *L'expérience de la prévention des accidents domestiques : des connaissances applicables aux accidents de la route*, in *Dossier accidents de la route, des handicaps et des décès évitables*, ADSP N°41, décembre 2002, p. 35-37.

(interdiction de fumer dans les lieux publics), et qui permet un suivi rapide et percutant de l'application de ces mesures est un exemple qui montre à la fois l'importance et l'efficacité de telles évaluations : identifier d'éventuelles contre- ou non-performances de certaines mesures de prévention, mais aussi et surtout valider des pistes de prévention mises en place.

Cela pourrait être un des rôles de l'Observatoire que de mettre en place un programme d'évaluation des actions de prévention systématique (informations, communications, actions sur les produits, ergonomie, etc.), non seulement pour juger au cas par cas des initiatives, mais aussi pour engranger une véritable connaissance scientifique de ce qui fonctionne ou pas, et surtout des causes.

3.9 - Introduire un indicateur de comparaison pour hiérarchiser les problèmes

Une possibilité serait de mesurer le poids des AcVC en indicateurs : poids mortalité/morbidité. Par exemple : un homme qui décède à cinquante ans, avec une espérance théorique de vie de quatre-vingts ans, représente trente ans de vie potentielle perdue. Si un homme de cinquante ans perd une jambe, sa qualité de vie est diminuée par exemple de 50%, et son espérance de vie, étant théoriquement de trente ans, il perd quinze ans de vie. L'avantage d'un tel calcul est de permettre une mesure avec une unité de mesure identique, on peut ainsi plus facilement hiérarchiser les problèmes. Ce type de mesures est développé par l'OMS.

3.10 – Définir une fiche type de recueil pour les grosses enquêtes quantitatives

Standardiser le recueil des données : mesurer large mais prendre également en compte les détails (qui seront l'objet d'enquêtes ponctuelles). Cette fiche s'articulera autour de cinq types de données : une catégorisation de l'accident (par exemple voie publique, travail, vie courante au sein de la maison, en dehors de la maison...) ; une catégorisation du type de traumatisme (brûlure, noyade, plaie, électrocution, ingestion, suffocation...) ; une catégorisation du siège du traumatisme (tête, bras, jambe, main, pied...) ; une nomenclature des comportements des victimes au moment de l'accident ; une nomenclature des produits et services impliqués.

3.11 - Engager des enquêtes spécifiques sur les enfants

Une catégorie de public devrait être soumise à une surveillance particulière : les enfants. Privilégier une approche par public, en se fixant d'abord sur les plus vulnérables, est une priorité de santé publique. Au-dessous d'un certain âge, tous les décès et hospitalisations pour accidents devraient faire l'objet d'une analyse de cas précise.

Il ne s'agit pas de sacrifier les personnes âgées pour s'occuper des jeunes. Mais on ne peut s'empêcher de considérer que le décès d'une personne âgée suite à un accident est moins navrant en soi, compte tenu de l'espérance de vie, que le décès d'un enfant de huit ans.

Composition du groupe de travail

Président

M. Alfred SPIRA, *directeur de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP)*

Rapporteur

M. Jean-Pierre LOISEL, *directeur de projets chargé des partenariats, Institut national de la consommation (INC)*

Liste des personnes auditionnées :

M. Yannick BAILBLED, *rédacteur, unité d'alerte, bureau sécurité et réseaux d'alerte, DGCCRF*

Dr Philippe BELLEMERE, *président de la Fédération européenne des services d'urgence mains (Fesum)*

Mme Joëlle CARMES, *chef du bureau environnement intérieur, milieu de travail et AcVC, direction générale de la Santé (DGS)*

M. Jean-Louis COCHARD, *conseiller du directeur général, Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB)*

M. Yves COQUIN, *directeur du projet Mission analyse stratégique, prospective, recherche et appui scientifique (Maspras), Direction générale de la Santé*

M. Patrick DELMOTTE, *ingénieur études-recherche, département sécurité, structures, feu, CSTB*

M. Jean FOUCHÉ, *adjoint au chef du bureau pilotage et coordination des enquêtes, DGCCRF*

Mme Delphine GIRARD, *coordinatrice du programme santé environnement et AcVC, direction des affaires scientifiques, Institut national de la prévention et d'éducation pour la santé (INPES)*

Dr Jean-Dominique LAPORTE, *président de l'Association des médecins de montagne*

Dr Jacques LATARJET, *spécialiste des brûlures*

M. Laurent LHARDIT, *secrétaire du Groupe de réflexion sur la sécurité électrique dans le logement (Gresel)*

Mme Marie-Thérèse MARCHAND, *sous-directrice Santé, Industrie et Commerce, DGCCRF*

Mme Catherine SZTAL-KUTAS, *directrice de Calyxis*

Dr Bertrand THELOT, *médecin épidémiologiste, département maladies chroniques et traumatismes, unité traumatismes, Institut de veille sanitaire (InVS)*

Personne ayant relu et commenté cette synthèse :

M. Jean-Pierre PETITEAU, *chef du bureau de la réglementation incendie et des risques de la vie courante, direction de la Défense et de la Sécurité civiles, ministère de l'Intérieur*