

DOSSIER 54

Sport et loisirs : prévenir les accidents

P12 Cinésanté

Danse Billy, danse!

P52 Basse-

Normandie

*Des hôpitaux
promoteurs de santé*

P54 Sea, santé
and sun...



Quelle est l'actualité en éducation pour la santé ?
 Quelles sont les actions à mener sur le terrain ?
 Quels publics toucher et de quelle façon ?

**Professionnel de santé, enseignant,
 travailleur du secteur médico-social,
 éducateur ou étudiant**

vous vous posez ces questions,
 vous souhaitez une information
 et une aide régulières...

LA Santé de l'homme



est conçue à votre intention

Avec six numéros par an, *La santé de l'homme* vous permet de suivre l'actualité des enjeux de la promotion de la santé, vous fournit des éléments d'analyse et de réflexion, vous apporte un soutien dans vos actions de prévention.



Tarifs 2001 – Veuillez m'abonner au tarif :

France métropolitaine	1 an (6 numéros)	165 FF <input type="checkbox"/>
	2 ans (12 numéros)	295 FF <input type="checkbox"/>
Étudiants	1 an (6 numéros)	110 FF <input type="checkbox"/>
<small>(sur présentation d'une copie R°/V° de la carte en cours de validité)</small>		
Autres pays et outre-mer	1 an (6 numéros)	220 FF <input type="checkbox"/>

Soit un montant de.....FF

Ci-joint mon règlement par chèque bancaire chèque postal à l'ordre du CFES
 Veuillez me faire parvenir une facture

Nom Prénom

Organisme Fonction

Adresse

Date et signature :

Je souhaite recevoir les numéros suivants :

(prix au numéro : 39 FF).

- Éducation du patient... formation des soignants, N° 341.
- Quelle prévention du suicide? N° 342.
- Famille et santé, N° 343.
- Pratiques créatives en éducation pour la santé, N° 344.
- L'éducation pour la santé est-elle éthique ? N° 345.
- Éducation à la santé à l'École, N° 346.
- Regards sur les dépendances, N° 347.
- Pauvreté, précarité : quelle santé promouvoir ?, N° 348.
- De l'hygiène à la santé, N° 349.
- Handicaps : éduquer notre regard, N° 350.
- La démarche communautaire en santé, un état d'esprit, N° 351.
- Jeunes et santé : comment communiquer ? N° 352.
- Éducation pour la santé : vers quels métiers ? N° 353.

- 4 Nutrition**
La collation en maternelle : vers un guide des bonnes pratiques
Marie-Christine Bastien
- 7 International**
Vers un vieillissement en santé
Diana Smith
- 10 Santé à l'école**
Bien-être des adolescents : se former pour agir
François Alias
- 12 Cinésanté**
Billy Elliot
Michel Condé, Alain Douiller

Dossier : P. 15 à 51

Sport et de loisirs : prévenir les accidents

Éditorial

François Baudier, Bertrand Chevallier 16

Modèle d'intervention en santé publique et cadre épidémiologique

Prévention des traumatismes : une approche pour améliorer la sécurité des populations

Pierre Maurice, Michel Lavoie, Monique Rainville 18

Epidémiologie des accidents de sport et de loisirs chez les enfants et les adolescents

Bertrand Thélot, Jean-Pierre Darlot, Marc Nectoux, Hubert Isnard 21

L'activité physique des jeunes de 12 à 25 ans

Philippe Guilbert, Marie Choquet 24

Information, communication et réglementation

Freins et stratégies à développer pour une prévention passive efficace : l'exemple du roller

Hélène Bourdessol 26

Les campagnes de prévention des accidents de sports

Michel Dépinoy 30

Le réseau d'épidémiologie de Médecins de montage et la prévention des accidents de sports d'hiver

Marc-Hervé Binet, Jean-Dominique Laporte 32

Dos, ados et sport : des relations ambiguës

Isabelle Lagrut, Alain Douiller 36

La CSC et la prévention des risques liés aux activités de sports et de loisirs

Pierre Le Guérinel 38

Action communautaire

Intérêts et difficultés de l'approche communautaire dans la prévention des accidents

Bertrand Chevallier, Marc Sznajder 41

Organiser le partage de l'espace public

Entretien avec Adeline Lemen 46

Le vélo en toute sécurité. Mais comment ?

Céline Farley 48

Pour en savoir plus

Centre de documentation du CFES 50

- 52 Éducation du patient**
La création d'un réseau hôpitaux-éducation pour la santé. Un partenariat original en Basse-Normandie
Nathalie Lesplingard, Jean-Luc Veret

- 54 Environnement**
Soleil, mer et santé...
Denis Dangaix

- 56 Lectures – Vidéo**

Au sommaire du prochain numéro : Santé et travail

La collation en maternelle : vers un guide des bonnes pratiques

Cet article présente la réflexion qui a été menée à Nanterre sur les collations en école maternelle, en préparation à l'élaboration d'un guide des bonnes pratiques.

Nanterre est une ville de 87 000 habitants dont plusieurs quartiers sont classés en Zep et engagés en Contrat de Ville. Le service municipal de la Santé, composé des centres de santé et d'un service de prévention, développe depuis 1995 une politique locale de santé publique définie par le Dr Laurent El Ghozi, adjoint au maire, délégué à la Santé et à la Prévention et mise en œuvre par le Dr Hélène Colombani.

Une politique municipale partenariale

Dans ce cadre, depuis trois ans, un projet de promotion de l'équilibre alimentaire s'adresse aux enfants scolarisés dans les écoles primaires.

Souhaitant susciter une réelle dynamique associant tous les partenaires présents au sein de l'école, nous avons constitué un comité de pilotage qui contribue à l'élaboration et à la mise en place des actions à chaque rentrée scolaire. Il réunit des membres de l'Éducation nationale : conseillers pédagogiques, enseignants, infirmière et médecin scolaire ; des services municipaux : médecin, chirurgien-dentiste et diététicienne du service de la santé, cadre du service de l'enseignement, diététiciennes de la restauration scolaire, responsable de centre de loisirs, directrices de crèche ; du Conseil Général : auxiliaire de puériculture des bilans PMI en première année de maternelle et de l'équipe d'éducation pour la santé de la CPAM, ainsi que des parents d'élèves délégués.

Dès 1997, la municipalité a mis en œuvre dans le cadre de la Politique de la Ville un programme de prévention

bucco-dentaire qui a permis de constater, chez les enfants des écoles primaires, une atteinte carieuse parfois sévère dès le plus jeune âge.

Les professionnels ont aussi constaté un grignotage permanent d'aliments sucrés et gras. Les actions menées sur l'équilibre alimentaire, facteur prépondérant de bonne santé, sont pour nous le complément indispensable du programme de prévention bucco-dentaire. Par ailleurs, l'augmentation constante de la prévalence de l'obésité infantile sur le plan national nous conforte dans le choix de nos actions.

Collation et pédagogie

L'objectif est de travailler avec les enfants, les parents et les équipes pédagogiques pour permettre à chacun de mieux comprendre les liens existant entre l'alimentation et la vie, afin de mettre en pratique des choix nutritionnels associant santé et plaisir. Des ateliers d'équilibre alimentaire sont animés dans les classes des enseignants volontaires.

Isabelle Collenot, diététicienne du service de la Santé de la ville de Nanterre, est présente une fois par semaine dans trois groupes scolaires. Le service prévention de la CPAM a pris en charge trois autres écoles.

Un protocole d'intervention commun a été défini. L'accent est mis sur l'expression et la participation des enfants (dessin, jeux, manipulation, réalisation d'un cahier de l'équilibre alimentaire, apprentissage du code couleur européen des aliments, etc.). Les parents sont conviés à une rencontre-débat à l'occasion d'un petit

déjeuner à l'école en présence de leurs enfants et des enseignants.

Les équipes éducatives sont formées à l'éducation nutritionnelle dans le cadre de leurs animations pédagogiques. Nous développons ensemble des initiatives qui répondent à leurs préoccupations. Avec les inspecteurs départementaux de l'Éducation nationale, il nous a semblé indispensable de réfléchir sur les rythmes et les temps d'alimentation à l'école. Le comité de pilotage a donc choisi cette année de consacrer l'essentiel de son travail à une réflexion sur la collation en maternelle, en confrontant les expériences et les points de vue des différents partenaires.

La collation a été instaurée dans les écoles maternelles il y a très longtemps pour pallier l'insuffisance du petit déjeuner. Les enseignants considéraient alors, pour la plupart, qu'il n'était pas dans leur rôle de l'organiser. Ils se sont ensuite demandé comment faire de la collation un moment pédagogique. À l'heure actuelle, certains d'entre eux craignent sa suppression.

Le comité de pilotage souhaite pouvoir proposer un guide des bonnes pratiques de la collation. En effet, se posent les questions du bien-fondé, du contenu nutritionnel et de l'intérêt pédagogique de cette pratique quotidienne dans la journée de l'enfant. Lors de la première réunion du comité de pilotage, les questions soulevées ont été très nombreuses, en commençant par celle de la *nécessité de la collation sur le plan physiologique*, mais aussi celle de son *horaire* (fonction de l'organisation du temps scolaire qui peut la repousser jusqu'à 10 h 30, après la

séance de motricité par exemple), de sa *durée*, du *choix des aliments proposés* (quelle stratégie ? comment impliquer les parents ?), des *règles d'hygiène* (temps d'ouverture des packs de lait, stockage et manipulation des produits frais et respect des dates de péremption), de son *déroulement* (les enfants sont-ils tous regroupés ou ont-ils accès à un libre-service ? qui prépare et qui distribue les aliments ?) et bien sûr, de *la place de la collation dans les objectifs de l'école* et son contenu pédagogique (quels sont les apprentissages que cela implique chez les tout-petits en particulier, n'y a-t-il pas une déresponsabilisation des familles qui sont moins vigilantes lors du petit déjeuner à la maison sachant qu'il y aura une collation à l'école ?).

Le comité de pilotage a choisi d'appuyer sa réflexion sur un état des lieux des pratiques et des connaissances, mais nous n'avons trouvé que fort peu d'articles sur la collation dans la littérature.

Connaître pour mieux agir

Une enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire adressé à toutes les écoles maternelles. S'il existait des modes de fonctionnement communs, il n'était pas nécessaire de renvoyer un questionnaire par enseignant. Treize écoles sur vingt-trois ont participé à l'enquête. Nous avons examiné cinquante réponses, toutes sections confondues.

Il en est ressorti les éléments suivants :

- La principale raison invoquée pour la mise en place de la collation est *de pallier l'insuffisance du petit déjeuner* qu'il soit inexistant, pris trop tôt, peu copieux ou mal équilibré, et de *répondre aux besoins de l'enfant*. Par ailleurs, son aspect convivial est souligné, en particulier lorsqu'un anniversaire est fêté à ce moment-là ou lors du ramadan.
- Elle est présentée comme un *temps d'apprentissage*. Il s'agit d'un moment éducatif important chez les plus petits. Les enfants apprennent à tenir leur verre et leur cuillère, à choisir, se servir, verser, tartiner, nettoyer et ranger. Ils se familiarisent avec les règles de vie collective. Ils acquièrent l'autonomie nécessaire pour se tenir à table lors du repas de midi.

L'éveil sensoriel et scientifique se fait par des jeux autour du toucher (le pain fait des miettes, la confiture est poisseuse,

le gâteau est chaud quand il sort du four, l'eau est froide), du goût (ils peuvent goûter des aliments peu consommés à la maison) et de l'odorat.

• *L'horaire de la collation se situe le plus souvent entre 10 h 00 et 10 h 30, sa durée entre 10 et 15 minutes.*

• *La collation concerne majoritairement toute la classe*, à table ou dans un « coin regroupement » spécifique de certaines activités. Elle peut avoir lieu dans la cour de récréation au retour du gymnase ou sur la pelouse en été. Dans certains cas, elle se fait en libre-service et n'est pas une activité collective.

• Elle est organisée selon trois modalités principales :

- soit *le choix des parents est libre*, ceux-ci apportent alors le plus souvent des produits sucrés (biscuits, chocolat, confiture, gâteaux, sirops, etc.);

- soit *le « menu » est établi par l'enseignant* : les aliments demandés appartiennent aux groupes des céréales, des produits laitiers, des fruits et légumes ; quelques parents apportent à tour de rôle pour toute la classe ;

- soit enfin, *la nature des aliments est imposée*, mais chaque famille choisit ce qu'elle apporte.

À Nanterre, le service de la restauration fournit du lait à toutes les maternelles, sauf avis contraire de la direction de l'école.

• Les aliments non périssables sont stockés dans la classe, parfois dans un meuble spécifique.

• Les aliments périssables sont stockés au réfrigérateur.

• La collation est le plus souvent préparée et distribuée par l'agent qui assiste l'enseignant, avec la collaboration des enfants.

• En matière d'hygiène, l'accent est mis sur le lavage des mains avant la préparation.

• La collation est dans la plupart des cas le support d'activités pédagogiques concernant le langage, l'initiation à la lecture (étiquettes, emballages, etc.), les mathématiques (partager, compter, distribuer, utiliser un tableau à double entrée), le graphisme (écrire le nom de ce que l'on va manger, le dessiner, le colorier).

La dernière question de l'enquête proposait aux enseignants de nous faire part librement de leurs interrogations. Celles-ci sont diverses. Elles ont trait aux conditions matérielles (exiguïté des sanitaires, absence de points d'eau dans les classes ou de réfrigérateurs spécifiques), à l'influence de la collation sur la prise du repas de midi, au risque de voir cette habitude d'une prise alimentaire en cours de matinée s'installer chez l'enfant plus grand et favoriser ainsi le grignotage, au fait de devoir

gérer l'hétérogénéité des comportements des enfants face à la nourriture (la convivialité de la collation peut-elle inciter les enfants à consommer sans faim, faut-il les laisser se resservir, quels aliments interdire ?), à l'aspect rituel de la collation.

Un guide de la collation

Pour proposer des réponses à ces questions, le groupe de pilotage va, selon son objectif, réaliser *un guide des bonnes pratiques de la collation*. Celui-

NDLR : Sur la collation, voir Jean-Claude Olivier. Séquences autour de la collation avec les 2/6 ans. Nathan pédagogie, coll. « Une année de » (collection destinée aux enseignants de l'école maternelle), 2000 : 48 p. La collation, envisagée comme un temps réel d'éducation, est ici utilisée dans quatre domaines de compétences retenus pour le cycle des apprentissages premiers : les attitudes générales, la construction du temps, la langue et les disciplines. Un ensemble de séquences est prévu pour une année de travail, chaque séquence comporte une unité pédagogique conduite par l'enseignant avec un groupe d'enfants et des activités satellites pendant lesquelles les autres enfants travaillent d'une manière autonome, consolident ou approfondissent des notions déjà rencontrées.

ci pourrait se présenter sous formes de fiches sur les sujets suivants :

- Définition, physiologie et recommandations.
- Diététique.
- Règles d'hygiène.
- Analyse et synthèse de l'enquête.
- Présentation de différents modes d'organisation.
- Activités pédagogiques.

Notre travail se poursuit en sous-groupes, pilotés par un « spécialiste » du thème de la fiche, entouré de personnes venant d'autres disciplines (pour la fiche diététique, une diététicienne, une infirmière de santé scolaire, un parent délégué ; pour la fiche physiologie et recommandations, le médecin chargé de la coordination du projet, la dentiste chargée de la prévention bucco-dentaire, une auxiliaire de puériculture). L'ensemble des fiches sera relu et validé lors d'une prochaine réunion.

Après mise en forme avec l'aide du service de la communication, ce guide des bonnes pratiques sera présenté aux enseignants participant à l'atelier d'édu-

cation pour la santé organisé à chaque rentrée scolaire dans le cadre des animations pédagogiques. Nous réfléchissons à la façon d'accompagner sa diffusion auprès de l'ensemble des enseignants de maternelle.

Pour conclure, nous dirons que cette démarche, à laquelle les parents sont associés, mobilise fortement les partenaires locaux de l'éducation et de la santé qui, depuis la mise en place du comité de pilotage fin 1994, ont appris à mieux se connaître et travailler ensemble.

Marie-Christine Bastien

Médecin de PMI, responsable des actions de santé chez l'enfant, Ville de Nanterre.

Contact :

Ville de Nanterre – Direction de la Santé
18, rue Maurice Thorez – 92000 Nanterre.
Dr Hélène Colombani
Dr Marie-Christine Bastien
Tél. : 01.41.37.58.88

Santé publique

sommaire

n°1 - Mars 2001

Éditorial

Le non-engagement scientifique pour le respect des droits fondamentaux de la personne

M. Marzouki

Études

Prévalence de l'obésité chez l'enfant : étude dans les écoles primaires publiques parisiennes

B. Barthel, C. Cariou, E. Lebas-Saison, I. Momas

Pathologies déclarées, pathologies observées et priorités de santé dans un district rural au Bénin

V. Stoffel

Les revenus fiscaux de la vente de tabac aux jeunes en France

L. Jossieran

Pratiques

Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali

H. Baliqye

Méthodologie d'identification des besoins de formation des aidants naturels de patients VIH positif ou sida en Thaïlande

Ph. Girault, R. Gagnayre, J.F. D'Ivernois

Hygiène n'est pas propreté et autres leçons des Balkans : promotion de l'hygiène en aide humanitaire d'urgence

L. Larose

Lettre du terrain

L'information et la documentation en santé publique

S. Osèle

Opinion

Recherche bio-médicale : intérêts privés et intérêt public

J. Martin, commentaire par B. Hoerni

Lectures

Vers un vieillissement en santé

Face à l'augmentation du nombre de personnes âgées dans le monde, la communauté internationale porte une attention particulière à leurs besoins. Des experts en promotion de la santé et en éducation pour la santé de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé* partagent leurs expériences et leurs stratégies.

Toutes les nations vieillissent. Le haut des pyramides de population s'épaissit ; certaines n'ont plus la forme traditionnelle de pyramide ou de vase. Dans les pays en développement, la pyramide traditionnelle est toujours la plus commune, mais elle se modifie du fait du processus de vieillissement. Comment subvenir aux besoins de santé pour cette partie grandissante de la population ? Ce souci est évoqué dans la publication de l'IUHPE, *Promotion & Education* de décembre 1999. Voici les points forts de ce numéro, répondant à la question : quelle action préventive et quelle éducation à la santé sont nécessaires pour un vieillissement en bonne santé et avec le moins de handicaps possible ?

Plaidoyer pour un vieillissement en bonne santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé deux importants projets.

- Le premier sur le thème « le vieillissement actif fait la différence » (journée mondiale de la santé 1999) vise à démentir les mythes sur le vieillissement. Des affiches rappelaient qu'il n'est pas forcément vrai que « *les personnes âgées sont fragiles* ». En effet, la plupart des personnes âgées sont physiquement actives et en forme jusque tard dans leur vie. Les préjugés selon lequel « *les personnes âgées sont toutes pareilles* » et que « *les hommes et les femmes vieillissent pareils* » ont également été ciblés par cette campagne. De récentes recherches montrent que des différences significatives existent entre le vieillissement des hommes et celui des femmes.

- Le deuxième projet a réuni plus de deux millions de personnes (jeunes et âgées) dans plus de trois mille villes sur

tous les continents dans une marche de vingt-quatre heures organisée par l'OMS. Cet événement a célébré la Journée internationale des personnes âgées (le 1^{er} octobre 1999). La marche a commencé dans le Pacifique pour traverser ensuite l'Australie, la Chine, l'Inde, l'Afrique, des pays d'Europe et des Amériques pour boucler la boucle en Californie, sur le Pacifique.

Les programmes de l'OMS sur Vieillesse et Santé ont quatre composantes : diffusion de l'information, développement des aptitudes par la recherche et la formation, élaboration

de politiques et plaidoyer en faveur de la santé. Chacune de ces composantes contient à son tour différentes perspectives comme :

- la promotion de la santé pour vieillir en bonne santé : l'impact des comportements individuels et des circonstances de la vie sur la santé et du bien-être tout au long de la vie ;
- le contexte culturel dans lequel vivent les personnes influence leur vieillissement et leur prise en charge par la communauté ;
- l'importance des relations entre les générations, des liens affectifs et de l'harmonie ;

- le vieillissement selon les sexes ;
- les questions d'éthique et d'équité.

Le programme s'est engagé activement dans la recherche de partenaires pour collaborer à un nouveau réseau de l'OMS « Vieillir en restant actif ».

La pauvreté, l'alimentation équilibrée et l'exercice physique

Un problème majeur, pour beaucoup de personnes âgées, est leur situation économique défavorable. De plus en plus des personnes âgées vivent dans les pays en développement et, dans les pays développés, le niveau des retraites n'est pas suffisant pour couvrir les frais médicaux supplémentaires. L'augmentation des retraites et des allocations est une recommandation clef du rapport « *Étude sur les inégalités de santé* » demandé par le ministère de la Santé du Royaume-Uni.

Dans un article publié dans *Promotion & Education*, des chercheurs de la *School of Hygiene and Tropical Medicine* de Londres soulignent que des personnes âgées ignorent souvent et/ou ne souhaitent pas réclamer leurs droits en matière de services sociaux et de santé. Des mesures visant une plus grande utilisation de ces services ont

été préconisées. Les auteurs avancent que l'isolement social et la solitude ont un impact sur l'espérance de vie et le maintien d'un bon état de santé, et qu'il faudrait améliorer les environnements résidentiels et sociaux.

L'amélioration de l'alimentation et du niveau d'exercice physique peut améliorer la santé des personnes âgées. Une alimentation équilibrée vise à la prévention des déficiences nutritionnelles et à réduire le risque de maladie, notamment des maladies cardio-vasculaires et des attaques, par une consommation réduite de matières grasses et de sel, et une augmentation dans la consommation des fruits et légumes, de calcium, de vitamine D et de céréales complètes. Une immunité réduite est souvent associée à un manque de vitamines et de minéraux, et peut être compensée par des suppléments (zinc, multivitamines). Une consommation alimentaire adéquate de calcium et de vitamine D ralentit la fragilisation des os et des suppléments de calcium et de vitamine D réduisent les fractures dues à l'ostéoporose.

Certains résultats montrent que des interventions sur l'équilibre de l'alimentation peuvent conduire à des

changements dans leur comportement alimentaire. Des actions telles que les « cafés communautaires » peuvent proposer une éducation et des compétences alimentaires, être pour les participants une source de repas équilibrés et bon marché, et un lieu de contact social. Cependant, des études montrent que ces programmes touchent davantage les femmes que les hommes. Une priorité d'action est donc d'intéresser et d'intégrer des hommes âgés dans des activités de promotion de la santé.

Les blessures consécutives à des chutes constituent un facteur de risque majeur pour les personnes âgées. Leif Svanström de l'Institut Karolinska (Stockholm) rapporte qu'en Suède, 60% des soins hospitaliers apportés aux personnes âgées s'adressent à des victimes de chute. Son argument est que l'exercice seul n'est pas une protection contre les chutes et qu'un travail sur un ensemble de facteurs de risque réduit mieux le risque de chute (même si cette méthode apporte moins de bénéfices pour les chutes graves). En appui, il cite une étude auprès des femmes et des hommes de plus de 70 ans, où les participants ont reçu soit une combinaison de conseils (ajustements de médicaments, instructions comportementales, programmes d'exercice visant à réduire les facteurs de risque) ou bien un programme qui combinait le soin habituel avec des visites « sociales » dans le cadre d'une étude contrôlée (groupe test 153/groupe contrôle 148). Douze mois plus tard, 35 % du groupe test ont eu des chutes contre 47 % pour le groupe contrôle.

La participation de la communauté

Leif Svanström a également souligné des initiatives orientées vers la communauté visant à améliorer la sécurité des personnes âgées. Il en a conclu que des programmes centrés sur l'individu, surtout ceux avec une orientation médicale, devaient céder la place aux programmes orientés vers des populations, des organisations et des communautés. La Suède a une longue tradition d'initiatives auprès des communautés, ce qui a été concrétisé dans le développement du concept des « communautés sans risque » de l'OMS. En 1978, la ville de Falköping a créé un programme de registre des accidents, suivi d'un programme de réduction d'accidents. En

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n° 156 - février 2001

Initiatives**Le suicide. La santé mentale, une priorité**

dossier réalisé par Bernadette Taeymans

**Le Centre de prévention du suicide
La prévention du suicide et la
Province de Liège
Support social et suicide**texte rédigé avec l'aide de Nathalie Thomas et
Benoît Van Tichelen à partir de l'intervention de
Michel Toussignant**Les jeunes et la sécurité routière
La santé au cœur des jeunes en
Hainaut: de l'analyse à l'action
De nouveaux vaccins pour un nou-
veau millénaire**Écoles en santé
par Christian De Bock**D-CLIC : un nouveau service est né**
par Jacqueline Danhaive**Réflexions****Ne perdez plus le nord (de vue)!**

par Michel Demarteau

Matériel**Le médicament, mi-ange, mi-démon
Aide téléphonique
Notre « pari », parler du tabac et
pouvoir en rire**

par Bérengère Janssen

Communication**Promotion du don d'organes :
bilan de campagne**

par Philippe Mouchet

Éducation Santé sur le net**Éducation Santé est un mensuel
gratuit, réalisé avec l'aide de la
Communauté française de Belgique –
Département de la santé.****Pour recevoir un exemplaire de ce
numéro ou pour s'abonner : educa-
tion.sante@mc.be**

trois ans, le nombre d'accidents (de travail, domestiques et de la circulation) a été réduit de 27 %. La ville a été désignée « communauté sans risque » par l'OMS. Depuis 1989, quarante-sept communautés ont reçu officiellement ce label (voir, dans le dossier, l'article de B. Chevallier et M. Sznajder).

Soutenir les familles

Un article sur la prise en charge de la démence des personnes âgées en Europe pointe également les activités orientées vers la communauté. Une étude comparative dans sept pays européens a recommandé :

- l'éducation, pour les familles, concernant les diagnostics précoces et les traitements disponibles ;
- la mise à disposition des services d'écoute pour aider les soignants (la famille), faire face au stress et à la dépression liés aux soins ;
- des aides dans le soin pour permettre aux familles de « souffler » ;
- un soutien d'urgence pour les familles.

L'Institut européen de santé des femmes (IESF), en Irlande, a été choisi pour mener cette étude. La démence touche en effet un nombre important de femmes, d'une part parce qu'elles vivent plus longtemps que les hommes, et d'autre part, parce que la plupart de ceux qui s'occupent des personnes âgées sont des femmes. Le rapport de l'IESF propose un certain nombre de recommandations sur l'amélioration des soins pour des personnes atteintes de démence, dont plusieurs relèvent du champ de l'éducation et de la promotion de la santé. La mise en place de ces recommandations au niveau européen nécessite la coordination des efforts des décideurs des politiques de santé, de ceux qui planifient les services et donnent les soins, et enfin des usagers eux-mêmes.

Jamais trop tard

Chez les personnes âgées, beaucoup de handicaps et d'états de santé médiocres sont la conséquence directe de l'environnement de santé et de comportements antérieurs. Or, l'éducation à la santé et la promotion de la santé ont leur place auprès des personnes âgées et peuvent toujours être bénéfiques, selon les auteurs d'un programme de dépistage du cancer du sein chez des personnes âgées à Porto-Rico. Ce programme a été créé par des médecins

de l'École de Santé publique de l'Université de Porto-Rico, suite à des recherches démontrant que des femmes sud-américaines aux États-Unis, et tout particulièrement les Portoricaines, sont peu nombreuses à savoir ce qu'est une mammographie. Le dépistage du cancer de sein parmi cette population a donc été plus faible que dans d'autres.

Contrairement aux conclusions selon lesquelles les initiatives auprès des communautés sont les plus efficaces, ce projet a conclu que l'approche des professionnels de santé est incontournable pour induire des changements de comportement. L'orientation médicale a été le facteur le plus important pour inciter les femmes à passer une mammographie. L'apport d'informations sur le cancer du sein et la coordination des visites médicales et des transports ont renforcé cette orientation.

En action

Le numéro de *Promotion & Education* a souligné le constat que l'action dépend de la coordination entre ceux qui décident des politiques de santé et ceux qui donnent les soins, afin de maximiser le potentiel et les services existants. Le dossier de l'OMS montre comment il a aidé à attirer l'attention de tous sur le « vieillissement actif », en travaillant avec un grand nombre de partenaires – y compris d'agences gouvernementales, d'organisations non gouvernementales, d'institutions académiques et de médias. Dans l'éditorial, Maurice Mittelmark, vice-président de l'IUHPE chargé du développement scientifique et technique, a encouragé des partenariats futurs : « *si ces articles stimulent même une seule collaboration qui ne se serait pas concrétisée sans cette publication, ce travail aura servi.* »

Diana Smithconsultant en communication,
IUHPE*, Vanves.

Cet texte a été écrit à partir des articles publiés dans *Promotion & Education* de décembre 1999, vol. VI(4), et traduit en français par Heather Moseley (Ades du Rhône).

*International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 2, rue Auguste Comte, 92170 Vanves (France). Tél. : (33) 01 46 45 00 59 – Fax : (33) 01 46 45 00 45 – E-mail. : iuhpemcl@worldnet.fr – Site web : www.iuhpe.org.

Bien-être des adolescents : se former pour agir

Depuis deux ans, le comité départemental d'Éducation pour la santé de la Haute-Garonne propose à des établissements scolaires de mieux prendre en compte la question du bien-être des adolescents. Une formation/débat en quatre étapes permet de renforcer, voire de créer un partenariat entre les différents acteurs concernés.

Pour répondre à la priorité régionale de santé « Améliorer la santé mentale des adolescents », le comité départemental d'Éducation pour la santé (CDES) de la Haute-Garonne propose à des établissements scolaires une formation/débat centrée sur le thème de l'adolescence et du bien-être.

Ces formations/débats ont été développées grâce au concours financier des crédits régionalisés de promotion de la santé et de la CPAM de la Haute-Garonne et dans le cadre d'un partenariat technique avec l'inspection académique. L'objectif est de donner, à des professionnels de collèges ou lycées et à des parents d'élèves, des éléments d'appréhension de l'univers des adolescents, afin qu'ils prennent en compte la question du bien-être à l'adolescence. Ce programme permet d'accompagner, durant douze heures, des professionnels et des parents d'élèves dans leurs questionnements, individuels et d'équipe, relatifs aux adolescents et à leur santé mentale.

Pour ce faire la formation/débat s'appuie sur ce que les participants connaissent, élaborent et se représentent à propos de l'adolescence. Elle part des préoccupations des participants grâce à des échanges de connaissances, d'expériences et de points de vue avec des intervenants spécialisés.

Les orientations de travail sont définies avec les participants et réajustées à l'issue de chaque séance en fonction de ce qui se construit.

Ce cadre de travail est proposé aux établissements signalés au CDES par le service de Promotion de la santé en faveur des élèves et par le service social de l'inspection d'académie. Lorsqu'ils adhèrent au projet, les responsables des établissements constituent, sur la base du volontariat, des groupes d'une vingtaine de personnes au maximum. Avant le démarrage de la formation/débat, une rencontre est organisée entre le CDES, les conseillers techniques de l'inspecteur d'académie et les futurs stagiaires, afin que soient évoqué le contexte dans lequel s'inscrit la formation/débat (actions antérieures, difficultés particulières, etc.) et définie la façon de l'entamer.

À l'issue des six sessions réalisées, des éléments transversaux d'évaluation méritent d'être soulignés qui traduisent ce que suscite la question de l'adolescence au sein des collèges et lycées et ce que mettent en travail les formations/débats proposées.

Le contenu des formations

Les formations/débats ont impliqué des groupes de 9 à 18 personnes. La mobilisation a concerné toutes les catégories de professionnels (chefs d'établissement, CPE, surveillants, médecins, infirmières et assistantes sociales scolaires, agents de service, enseignants, COP) et des parents.

Les orientations de travail ont été relativement convergentes :

La première séance

Elle a toujours été consacrée à un travail de mise à plat des représentations et des connaissances des participants, à partir duquel ont été proposés des apports issus du champ des sciences humaines :

- une mise en perspective historique du phénomène « adolescence » ;
- une description des processus et enjeux psychologiques à l'œuvre ;
- une approche de la fonction et du statut de l'adolescence dans le contexte sociologique contemporain.

Les appréciations sur les premières séances se traduisent en termes de prise de recul, de relativisation, de dédramatisation par rapport aux sentiments suscités par la rencontre quotidienne des adolescents et par les événements médiatisés.

La deuxième séance

Elle a été consacrée, dans presque tous les cas, à un travail sur les conduites à risque et les manifestations de mal-être. Les intervenants ont aidé les stagiaires à situer le rôle et les fonctions de l'expérimentation à l'adolescence, faire une distinction entre des comportements qui demeurent dans les limites d'une « normalité » et d'autres qui attestent de l'existence d'une détresse nécessitant une attention particulière de la part des adultes.

Dans leurs appréciations, à l'issue de cette approche, les participants disent mieux comprendre les situations qu'ils rencontrent, porter un regard moins

normatif sur certains comportements et mieux percevoir en quoi ils peuvent parfois avoir valeur de signaux d'alerte.

La troisième séance

Elle a donné lieu au développement de deux options de travail :

- l'une, centrée sur la prise en compte multidisciplinaire de manifestations de mal-être, s'est traduite par des études de cas collectives permettant de mettre en jeu la complémentarité des approches et l'intérêt du travail en équipe ;
- l'autre, orientée sur la gestion, du point de vue pédagogique, des attitudes d'opposition dans la classe a donné lieu à un travail sur des approches pédagogiques participatives et à la présentation d'outils.

Ces séances ont été appréciées parce qu'étant axées sur des situations concrètes, elles ont permis de faire la démonstration de l'existence de manques dans la coordination des professionnels. Elles ont également permis de pointer que la méconnaissance générale des fonctions, prérogatives et possibilités d'action des différents professionnels des établissements entrave la mobilisation des ressources adéquates en cas de besoin.

La quatrième séance

Au cours de cette dernière séance, se sont exprimées les perspectives que les participants voulaient donner à leurs groupes pour la prise en compte de la santé mentale des adolescents. Deux types d'orientations se sont dessinées. D'une part, la mise en place d'une coordination interne, élargie à toutes les catégories de professionnels pour un meilleur repérage des situations critiques et pour leur meilleure prise en compte. D'autre part, une interrogation sur les possibilités d'intervenir de façon préventive.

Pour ces deux orientations, un accompagnement méthodologique à la démarche de projet a été proposé autour principalement de la clarification des objectifs et de l'étude des modalités de fonctionnement dans la complémentarité des compétences et des fonctions. Ces séances ont été appréciées pour avoir permis de pointer le fait que les ressources existent dans les établissements et qu'elles peuvent être exploitées plus efficacement. Elles ont également favorisé une réflexion sur les niveaux d'implication possibles des différents professionnels dans la prise en

compte du mal-être des adolescents et enfin, sur l'élaboration d'un projet d'établissement dans lequel s'inscrit la prise en compte de la santé mentale des adolescents.

Une faible synergie des ressources

Il apparaît qu'au-delà des secteurs médico-sociaux, les ressources des établissements ne sont généralement pas coordonnées autour de la prise en compte de la santé mentale des adolescents.

Les enseignants sont les plus directement au contact des adolescents et inversement les plus distants des démarches de concertation. Les champs de compétences des différents acteurs sont souvent méconnus des autres. Plus grave, des représentations erronées ou limitatives de ces champs de compétence ont des effets contre-productifs en termes de mobilisation des ressources existantes.

Ce constat de la relative insignifiance du partenariat interne autour de la question de la santé mentale des adolescents a des conséquences parfois lourdes pour des professionnels qui ne sont souvent guère plus instruits de l'ado-

lescence que des parents : l'impuissance à obtenir des résultats, par des démarches individuelles, génère de l'usure et de la souffrance, et des enseignants font le constat de leur solitude, de l'inexistence de « temps » formalisés pour envisager collectivement autre chose que la réussite scolaire.

Dans ce contexte, les effets les plus directs de la formation/débat semblent être de favoriser l'envie de travailler ensemble et de donner des raisons de le faire. Les dynamiques qui se sont développées au fil des séances et les appréciations des stagiaires témoignent, en effet, que parler et débattre de l'adolescence et de la santé mentale avec des intervenants spécialisés permettent aux professionnels et aux parents de dédramatiser leur approche de l'adolescence et des conduites à risques, de cerner plus précisément les situations de mal-être, de voir que des choses peuvent être construites en concertation interne et en articulation avec des ressources externes.

François Alias

Sociologue, chargé de projets, comité départemental d'Éducation pour la santé de la Haute-Garonne, Toulouse.

Billy Elliot

Un film de Stephen Daldry
Grande-Bretagne, 2000,
1 h 50

Le film

Au début des années quatre-vingt, les mineurs d'Everington, dans les environs de Durham, sont en grève à cause des menaces de fermeture qui pèsent sur les mines de charbon. C'est dans cette ambiance difficile que le jeune Billy se découvre une passion pour la danse classique, alors que son père l'envoie à la salle de sports pratiquer la boxe. Le film se construit ainsi sur le contraste entre deux mondes opposés, celui mâle et violent des ouvriers confrontés à la menace de leur propre disparition, et celui raffiné et élitiste que représente la danse classique : tout le parcours de Billy Elliot va alors consister à faire se rencontrer, souvent de façon conflictuelle, ces univers que tout sépare en apparence.

Le public auquel le film est destiné

Ce film qui retrace un parcours d'adolescent s'adresse à large public à partir de 12 à 15 ans environ. Même s'il s'agit d'un film facile d'accès, il joue cependant sur les limites de la définition socioculturelle des sexes – « *un garçon qui fait de la danse est un homosexuel* » – et peut donc susciter de très fortes résistances et le rejet d'une partie du public adolescent.

Rapport avec la problématique santé

Résilience

Billy Elliot n'est-il pas l'archétype du « vilain petit canard » dont parle Boris Cyrulnik dans son livre* : danseur parmi les boxeurs, rêveur dans la dure réalité sociale de l'Angleterre tatchérienne ? Cette dimension héroïque du personnage ne sonne cependant pas faux, car si les réalités qu'il doit affronter sont particulièrement rudes (la mort de sa mère, la surveillance de sa grand-mère

qui « perd la tête », la tendresse de son père et de son frère bien dissimulée, etc.), les ressources de Billy existent. Et elles sont tout autant internes (une force morale qui s'appuie sur des convictions, des passions, de la curiosité) qu'externes (un professeur de danse qui croit en lui, une famille qui sait malgré tout être là quand il le faut...). Ainsi le fameux concept de résilience, particulièrement développé par Boris Cyrulnik en France, trouve ici une illustration intéressante. Une analyse plus approfondie, pouvant éventuellement se mener dans le cadre d'une animation, pourrait tenter de faire apparaître les éléments de la personnalité ou de l'environnement de Billy qui l'aident à surmonter les épreuves et les souffrances. En d'autres termes, repérer les facteurs de résilience sur lesquels il s'appuie, par exemple la créativité dont parle beaucoup Boris Cyrulnik.

Affirmer sa différence

La singularité de Billy est le ressort principal du film : va-t-il parvenir à vivre ses passions, sa curiosité, ses projets, malgré les normes sociales, culturelles et familiales contraires qui lui sont imposées ? C'est sur cette capacité à exister de façon singulière, sans se couper de son environnement, mais au contraire en le mobilisant de façon positive et attentive, que reposent l'équilibre et la force de ce personnage. Cette dynamique psychologique représente aussi un vrai thème d'éducation pour la santé !

Homosexualité

Si Billy lui-même ne vit pas de relation homosexuelle (malgré son attirance pour un « sport de fille » !), la confrontation à son meilleur ami qui, lui, est attiré par Billy et par les habits de sa sœur, est particulièrement intéressante et sensible. Billy est tout d'abord surpris par les déguisements et les maquillages de son ami, mais cette surprise est suivie d'une tendre et respectueuse distance et non pas d'un rejet. Cette « déclaration » d'attirance voire d'intention, ne brise ni leur com-

D.R.

PLICITÉ, ni leur affection, car elle se fait dans un respect mutuel réel. Si la gestion de cette situation peut sembler idéalisée, elle n'en fournit pas moins un sujet de réflexion et de débat intéressant pour parler d'attirance pour une personne du même sexe, d'homosexualité, et d'acceptation des choix de chacun.

Quelques suggestions d'animation

La discussion en groupe à propos d'un film, notamment en milieu scolaire, rencontre deux écueils principaux : les participants se contentent souvent d'affirmations générales dont ils ont l'impression qu'elles constituent la bonne réponse aux sollicitations de l'animateur (ou qui représentent une provocation plus ou moins subtile à son égard), sans que ces opinions plus ou moins impersonnelles ne soient révélatrices des véritables attitudes de l'individu. Par ailleurs, le groupe peut avoir un effet inhibiteur sur l'expression d'opinions qui pourraient être perçues comme minoritaires ou illégitimes.

Or précisément, le film de Stephen Daldry met en scène un personnage qui rompt de façon plus ou moins volontaire, plus ou moins difficile, avec les normes de son groupe. Mais il serait naïf de croire que cet exemple suffira à susciter des émules, notamment dans une classe d'adolescents. Sans pré-

tendre pouvoir lever de telles résistances, l'animation que nous proposons souhaite favoriser l'expression, chez de jeunes participants, des malaises éventuels que peut provoquer l'appartenance (souvent involontaire et subie en milieu scolaire) à un groupe aux normes sans doute implicites mais également contraignantes.

Les scènes du film : nuancer son avis

Cette animation pourra comporter deux parties. Les participants seront d'abord invités à répondre à un questionnaire d'évaluation sur le film. Plutôt que de leur demander un avis général sur *Billy Elliot*, on préférera en effet leur demander de porter une appréciation sur une série de scènes du film accompagnées par exemple d'une échelle à cinq points (de « cela me touche personnellement » à « cela me laisse indifférent »). Cette façon de faire devrait permettre à chaque participant de nuancer son avis et par ailleurs de favoriser l'expression d'opinions minoritaires ou « hétérodoxes ».

Les scènes suivantes pourraient être ainsi reprises dans ce questionnaire :

- Billy part à la recherche de sa grand-mère qui perd la tête et s'est égarée dans la campagne environnante.
- Le père de Billy lui demande d'arrêter de jouer du piano parce que cela l'énerve.
- Les mineurs en grève injurient les mineurs non grévistes et lancent des œufs sur le bus qui les emmène au travail sous la protection de la police.
- Billy s'entraîne à la boxe surtout parce que son père l'y oblige. Il n'est manifestement pas doué.

- Billy se fait enguirlander à plusieurs reprises par son frère aîné Tony.
- Madame Wilkinson réclame 50 pences à Billy pour le cours de danse.
- Billy vole un livre sur la danse dans le bibliobus.
- Heureux de sa réussite, Billy danse autant qu'il court dans la rue.
- À la maison, Billy et son père discutent de la danse : son père est furieux parce qu'il a l'impression que Billy fait semblant de ne pas comprendre ce qu'il veut dire ; finalement, Billy s'enfuit en courant.
- Chez Madame Wilkinson, Billy joue avec sa fille Debbie, les plumes de l'oreiller s'envolant autour d'eux.
- Billy se rend chez son copain Michael qui lui ouvre la porte, porteur de vêtements féminins. Billy est manifestement gêné par ce comportement et regarde notamment par dessus son épaule pour voir si personne ne l'observe.
- Sur le pont roulant, Madame Wilkinson évoque le thème du ballet *Le lac des cygnes*, une jeune princesse abandonnée finalement par celui qu'elle aime.
- Une nuit, Billy se rend dans la cuisine pour boire du lait. Sa mère morte réapparaît un court moment.
- Au vestiaire, Debbie, la fille de Madame Wilkinson, essaie d'attirer l'attention de Billy, mais en vain semble-t-il.
- Tony, le frère de Billy, est un des meneurs de la grève et se fait poursuivre puis tabasser par les policiers.
- Madame Wilkinson se rend chez Billy où elle se dispute notamment avec Tony à peine sorti de prison. Tony attrape Billy et le fait monter sur la table pour qu'il lui prouve ses talents de danseur.
- Billy furieux et malheureux s'enfuit et se réfugie dans les toilettes dont il démolit la porte à coups de pied.



D.R.

- La nuit de Noël, toute la famille de Billy est réunie autour d'un feu de bois... alimenté par les restes du piano. Coiffé d'une couronne en papier, le père pleure.
- Surpris par son père au gymnase, Billy se met à danser jusqu'à se retrouver planté devant lui et lui tenir tête.
- Le père de Billy se rend chez un prêteur sur gages avec les bijoux de sa femme pour obtenir un peu d'argent.
- À l'école de danse, Billy a l'impression d'avoir complètement raté son examen et s'en prend à un autre enfant qui essayait de le reconforter maladroitement.
- Billy et son père se retrouvent devant le jury d'examineurs. Ils sont manifestement mal à l'aise.
- Toute la famille de Billy attend qu'il leur livre le résultat de l'examen. Le père reste d'abord immobile, puis n'en pouvant plus se lève et vient ouvrir la porte derrière laquelle Billy est enfermé.

Si c'est possible (par exemple, s'il y a une interruption dans l'animation), l'animateur procédera à un dépouillement systématique de ce petit sondage d'opinion en calculant notamment la moyenne et la variance de chaque item (ce qui se fera très facilement avec un logiciel comme un tableur). Sinon, il essaiera de repérer de manière plus intuitive les séquences ayant suscité les plus fortes réactions. Celles-ci pourront alors faire l'objet d'une discussion collective sur les émotions ressenties par les spectateurs : pour donner une certaine consistance à cet échange, l'animateur mettra notamment l'accent sur les procédés cinématographiques qui contribuent à produire ces émotions. Les participants risquent en effet de ne guère trouver d'intérêt à l'échange si on leur demande seulement d'exprimer ce qu'ils ont ressenti (ils peuvent même de ce point de vue traduire certaines résistances) ; en revanche, l'utilisation du questionnaire permet de montrer que certaines réactions sont plus ou moins largement partagées et l'analyse cinématographique (même si elle reste sommaire) permet d'apporter aux participants un « gain cognitif » suffisant pour justifier leur intérêt.

La place manque bien sûr pour faire ici une telle analyse, mais on soulignera la stylisation de ce film qui, loin d'adopter une esthétique réaliste, établit par

exemple un parallèle entre le mouvement des grévistes confrontés à la police et celui des danseuses sous les ordres de Madame Wilkinson. Sur le même mode d'un parallélisme entre des univers hétérogènes, le réalisateur utilise la musique la plus pathétique du *Lac des cygnes* pour magnifier le mouvement mécanique d'un pont roulant. Semblablement encore, c'est le boogie-woogie qui permet d'établir un montage parallèle entre, d'une part, la danse expressive de Billy et de Madame Wilkinson et, d'autre part, les activités prosaïques de la famille de Billy (le père fait sa toilette, le frère chante en ramassant les poussières, la grand-mère esquisse un pas de danse).



D.R.

S'exprimer sur les personnages

Dans une seconde partie, l'animateur demandera aux participants d'expliquer individuellement et par écrit quel est le personnage dont ils se sentent le plus proches (ou dont ils ont envie de parler) et pourquoi ils se sentent proches de lui. Construit sur l'opposition entre deux mondes contrastés, *Billy Elliot* met en effet en scène une galerie de personnages très différents les uns des autres, correspondant au moins en partie à la diversité des publics. Citons en vrac : Billy, son père, son frère Tony, Madame Wilkinson, sa fille Debbie, Michael, le copain de Billy, etc. L'animateur mettra ici l'accent sur l'aspect personnel de ce travail d'expression, chacun étant invité à évoquer des événements ou des épisodes qui lui semblent proches de l'expérience du personnage qu'il aura retenu. Si la première partie de l'anim-

tion a permis de dégager l'un ou l'autre thème sensible pour les participants, on pourra d'ailleurs centrer ce travail autour de ce seul thème : la figure de Billy permettra par exemple facilement d'aborder une question comme les conflits avec les parents, chacun pouvant sans doute facilement évoquer l'une ou l'autre anecdote à ce sujet. Bien entendu, il faut garantir aux participants l'anonymat de cette rédaction qui aura été rendue possible par tout le début de l'animation destinée notamment à établir un climat de confiance dans le groupe : il est clair en effet que demander de but en blanc un tel travail d'expression personnelle serait impossible sans une telle préparation.

Enfin, on insistera sur l'importance du travail d'écriture (qui pourra être aidé par l'animateur), les textes rédigés

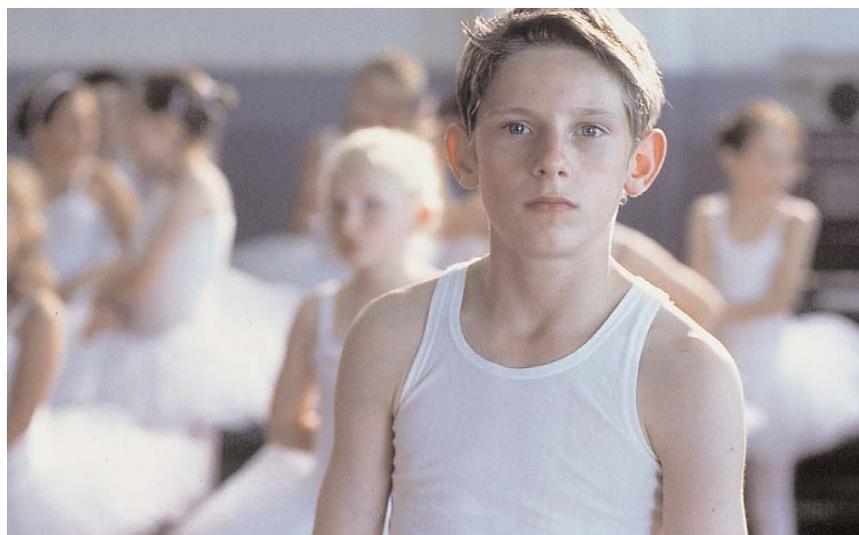
étant destinés à une lecture publique même si celle-ci reste anonyme. Les textes seront donnés à l'animateur qui se chargera de les retranscrire (sur un traitement de texte) et qui remettra ensuite l'ensemble aux participants, accompagné notamment des résultats du premier sondage s'il n'a pas encore eu l'occasion d'en distribuer les résultats. Cette manière de procéder vise notamment à laisser l'impression aux membres du groupe que l'animation ne consiste pas en une simple discussion à bâtons rompus, mais peut déboucher sur une véritable production. L'expérience montre d'ailleurs que les enfants et les adolescents sont très attentifs à la lecture des textes réalisés dans une telle perspective. Les résultats d'ensemble de l'animation pourront éventuellement être repris ultérieurement dans un autre travail d'animation autour des thèmes plus ou moins sensibles qui auront pu apparaître à cette occasion.

Michel Condé

Centre culturel Les Grignoux, Liège, Belgique,

Alain Douiller

Association départementale
d'éducation pour la santé, Lyon.



D.R.

* *Cyrułnik B. Les vilains petits canards. Paris : Odile Jacob, 2001 : 278 p. Le concept de résilience fera l'objet d'un article et d'une interview de B. Cyrułnik dans le prochain numéro de La Santé de l'homme.*

Les Grignoux préparent un dossier pédagogique qui sera disponible à l'automne 2001 (Les Grignoux, 9 rue Sœurs de Hasque, B-4000 Liège, Belgique. Tél. : 32 42 22 27 78. Site web : <http://www.grignoux.be>).

Éditorial

François Baudier, Bertrand Chevallier 16

Modèle d'intervention en santé publique et cadre épidémiologique

Prévention des traumatismes : une approche pour améliorer la sécurité des populations

Pierre Maurice, Michel Lavoie, Monique Rainville 18

Epidémiologie des accidents de sport et de loisirs chez les enfants et les adolescents

Bertrand Thélot, Jean-Pierre Darlot, Marc Nectoux, Hubert Isnard 21

L'activité physique des jeunes de 12 à 25 ans

Philippe Guilbert, Marie Choquet 24

formation, communication et réglementation

Freins et stratégies à développer pour une prévention passive efficace : l'exemple du roller

Hélène Bourdessol 26

Les campagnes de prévention des accidents de sports

Michel Dépinoy 30

Le réseau d'épidémiologie de Médecins de montagne et la prévention des accidents de sports d'hiver

Marc-Hervé Binet, Jean-Dominique Laporte 32

Dos, ados et sport : des relations ambiguës

Isabelle Lagrut, Alain Douiller 36

La CSC et la prévention des risques liés aux activités de sports et de loisirs

Pierre Le Guérinel 38

Action communautaire

Intérêts et difficultés de l'approche communautaire dans la prévention des accidents

Bertrand Chevallier, Marc Sznajder 41

Organiser le partage de l'espace public

Entretien avec Adeline Lemen 46

Le vélo en toute sécurité. Mais comment ?

Céline Farley 48

Pour en savoir plus

Centre de documentation du CFES 50

Sport et loisirs : prévenir les accidents

Dossier coordonné par **François Baudier**, médecin, responsable du département Santé publique, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), **Bertrand Chevallier**, professeur des universités, chef du service des urgences pédiatriques de l'Hôpital Ambroise-Paré, secrétaire général du Cirpae.

Accidents de sport et de loisirs : plaisir, prise de risque et promotion de la santé

Le sport et les activités de loisirs sont un « magnifique » sujet de santé publique. Alors que nous sommes sans arrêt obligés, dans le domaine de la prévention, de limiter, d'interdire, de restreindre... et parfois d'encadrer certaines libertés, voilà un thème où nous demandons aux Français d'en faire plus, de se dépenser sans compter pour leur plaisir et leur santé...

L'évolution de nos sociétés industrielles nous conduit à avoir une activité physique de plus en plus réduite, en particulier dans le cadre de nos activités professionnelles. Cette diminution ne s'est pas accompagnée d'une progression équivalente des dépenses caloriques durant nos loisirs. Le résultat a été rapide.

Concilier la promotion du sport et celle de la sécurité, c'est-à-dire plaisir et moindre risque, liberté et règles « de bonne conduite ».

La balance énergétique s'est vite déséquilibrée entre apport (alimentation) et dépense (activité physique), conduisant à une progression rapide, en France, de la surcharge pondérale et de ses conséquences. À la différence de beaucoup d'autres pays ayant un même niveau

de développement, cette situation est plus récente. Nous étions, jusqu'à présent, relativement épargnés par ces problèmes.

Le sport reste une activité importante des Français. La moitié d'entre eux (Baromètre santé 2000), âgés de 12 à 75 ans, déclare avoir fait une activité sportive au cours des sept derniers jours avec une prédominance parmi les hommes et une diminution significative avec l'âge (voir l'article traitant de l'activité physique des jeunes Français). Les principales motivations pour faire du sport sont par ordre décroissant : le plaisir, la santé et la rencontre avec des amis. Ces motivations varient en fonction de l'âge et du sexe. Les jeunes pensent que le sport est avant tout un plaisir qui leur permet de se retrouver avec des amis, les sujets plus âgés associent sport et santé. Si certains hommes pratiquent un sport pour se muscler et gagner des défis, les femmes le font plus souvent pour maigrir. Dans la même enquête, il a été demandé aux Français s'ils avaient pris, au cours du mois précédent, des risques par défi ou par plaisir. 6,9 % d'entre eux

répondent par la positive et pour la moitié de ces derniers, ces risques sont liés à une pratique sportive ou de loisir. Les accidents sont la principale conséquence de ces comportements. Sur 1 000 personnes interrogées, 130 ont déclaré avoir subi un accident au cours de la dernière année. Les accidents de sport et de loisirs représentent plus d'un tiers de ces traumatismes (voir l'article sur l'épidémiologie des accidents de sport et de loisirs).

Face à cette situation paradoxale, diminution de l'activité physique des Français et importance des accidents de sport et de loisirs, la réponse en terme de santé publique doit concilier la promotion du sport et celle de la sécurité, c'est-à-dire plaisir et moindre risque, liberté et règles « de bonne conduite ». C'est ce qu'exprime très bien Adeline Lemen dans son interview sur la pratique du roller qu'elle qualifie de citoyenne : « choisir sa liberté en toute connaissance de cause, c'est une façon de s'affirmer par rapport aux autres ». Mais, toujours à propos de ce même sport, l'étude réalisée par le CFES et la Cnamts (et présentée dans ce dossier) montre bien tous les freins et les difficultés pour faire accepter, en particulier parmi les adolescents, ce qui est vécu comme des contraintes, c'est-à-dire le port de protections : protège-poignets, genouillères...

Pour la prévention des accidents de sport et de loisirs, des approches de santé publique complémentaires, concertées et concomitantes sont nécessaires (voir l'article sur la prévention des traumatismes : une approche pour améliorer la sécurité des populations). L'intervention en promotion de la santé (suivant la Charte d'Ottawa) signifie que l'on doit agir dans cinq directions, comme cela a déjà été fait avec efficacité pour les accidents domestiques du jeune enfant :

1. Élaborer une politique publique saine : « Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires et notamment la législation et les changements organisationnels ». Cette dimension est, en France, largement promue par la Commission de la sécurité des consommateurs (CSC) qui s'est mobilisée depuis plusieurs années sur la question de la prévention des accidents de

sport (ski, équitation, noyades, roller ou skateboard), donnant des avis aux pouvoirs publics ou aux professionnels sur le plan national et communautaire (voir l'article sur ce sujet dans ce numéro).

2. Créer des milieux favorables : « *Pour favoriser une meilleure santé, il est indispensable de promouvoir un milieu de vie sain. Les conditions de vie, de loisirs sont essentielles* ». Dans le domaine du sport, le développement, au cours de ces dernières années, de pratiques peu encadrées nécessite une réflexion stratégique renouvelée pour prévenir les accidents liés par exemple à certains sports comme le VTT, le BMX ou autres deux-roues, se pratiquant dans des espaces ouverts. C'est la raison pour laquelle la Cnamts et le CFES ont décidé pour leur première campagne sur ce sujet de traiter de la prévention liée à la pratique de ce type d'activité physique (voir l'article présentant les programmes CFES/Cnamts).

3. Renforcer l'action communautaire : « *La promotion de la santé favorise la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise de décision et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé* ». Il est nécessaire d'envisager la prévention des accidents avec les pratiquants eux-mêmes (dans leur diversité sociale, culturelle, etc.) et tous les acteurs de la cité : associations, élus, responsables administratifs (santé, urbanisme, etc.). L'exemple du programme de Boulogne, qui s'intègre dans le mouvement promu par l'OMS des « communautés sûres », illustre parfaitement l'intérêt et l'efficacité de ce type de démarche (voir l'article décrivant cette expérience française).

4. Acquérir des aptitudes individuelles : « *La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie* ». C'est le rôle que peuvent jouer les campagnes d'éducation pour la santé qui doivent informer, mais aussi lever certains freins (par exemple pour l'utilisation des protections) et favoriser les démarches de formation. L'expérience de la pro-

motion du port du casque à vélo dans une région du Québec (voir l'article sur le vélo en toute sécurité) et de la prévention du mal de dos chez les jeunes pratiquant du sport de façon parfois très (trop) intensive (voir l'article sur ce sujet), montrent l'importance mais aussi les limites de ces approches.

5. Réorienter les services de santé : « *Le rôle du secteur sanitaire ne doit plus se limiter à la prestation de soins médicaux; il doit s'ouvrir à des pratiques multisectorielles et favoriser l'adoption par la population de modes de vie sains* ». C'est ce qu'illustre parfaitement l'engagement des spécialistes de l'urgence et du soin ainsi que les acteurs de santé publique qui, comme les médecins de montagne, ont mis en œuvre des actions pilotes dans le domaine des accidents de ski (voir la présentation de ce programme).

Au total, la réussite de certaines actions de promotion de la santé pour la prévention des accidents de sport et de loisirs s'explique par la complémentarité et la simultanéité des approches. Dans cette perspective, l'éducation pour la santé a une place essentielle mais non suffisante, surtout lorsqu'elle se pratique de façon isolée. Par ailleurs, le critère économique permettrait, dans une perspective globale de la santé, de pondérer l'importance des cinq grandes orientations mises en avant par la promotion de la santé, dans un souci d'efficacité des actions entreprises. En France, ce travail reste en grande partie à faire dans le domaine des accidents.

La réussite des actions de promotion de la santé pour la prévention des accidents de sport et de loisirs s'explique par la complémentarité et la simultanéité des approches.

François Baudier

médecin, responsable du département Santé publique, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts),

Bertrand Chevallier

professeur des universités, chef du service des urgences pédiatriques de l'Hôpital Ambroise-Paré, Boulogne, Secrétaire général du Cirpae.

Prévention des traumatismes : une approche pour **améliorer** **la sécurité des populations**

La Charte d'Ottawa incite à considérer chaque problème de santé dans sa multifactorialité. Ainsi, le modèle d'analyse des causes d'accidents et des facteurs sur lesquels agir, présenté par Pierre Maurice et promu par l'Organisation mondiale de la santé et le Réseau francophone de prévention des accidents et des traumatismes, permet une approche globale d'analyse et d'action.

Longtemps les traumatismes ont été considérés comme des événements malheureux survenant suite à une malencontreuse suite d'incidents, la plupart considérés comme le fruit du hasard et sur lesquels on ne voyait que peu d'interventions possibles. L'approche de prévention et contrôle des traumatismes qui s'est développée au cours des dernières décennies a permis de changer cette vision des choses. Cette approche place les traumatismes dans une perspective de santé publique et nous amène à les considérer comme des phénomènes qui ont des causes bien précises sur lesquelles il est possible d'agir pour les prévenir. Cette approche est aujourd'hui à la base des stratégies de prévention de nombreux organismes œuvrant dans le champ de l'amélioration de la sécurité des populations.

Les traumatismes ne sont pas dus au hasard

La première contribution de l'approche est de nous apporter une définition opérationnelle des traumatismes. Les traumatismes sont considérés comme des « lésions corporelles résultant d'un transfert subit d'énergie (1, 2). Cette énergie est le plus souvent de nature mécanique (ex. fracture), mais peut également être de nature thermique (ex. brûlure), électrique (ex. électrocution), chimique (ex. intoxication) ou radiante (ex. coup de soleil). Notons également que les traumatismes peu-

vent être le résultat d'une privation subite d'énergie (ex. engelure) ou d'un autre élément vital (ex. noyade, strangulation) ». Cette définition nous permet d'inclure des dommages autres que physiques, de manière à couvrir certaines préoccupations très importantes telles que le stress, les troubles d'adaptation résultant d'un traumatisme et le choc post-traumatique.

L'intérêt de cette définition est de présenter les traumatismes comme un phénomène obéissant aux mêmes principes que les autres problèmes de santé publique plus traditionnels. Elle contribue à défaire un mythe qui prévaut trop souvent dans la population et qui attribue la cause des traumatismes à des « accidents » : les accidents étant par définition du dictionnaire des « événements

fortuits, imprévisibles », cette représentation mentale est conséquemment appliquée aux traumatismes. Au contraire, le traumatisme, comme tout problème classique de maladie infectieuse, résulte de l'interaction entre un hôte, un vecteur et un agent pathogène dans un environnement donné (3). Pour un problème de paludisme, par exemple (figure 1), ce triangle épidémiologique est constitué d'un individu (l'hôte) vivant dans une zone à risque, qui peut adopter ou non certains comportements préventifs (ex. : utiliser une moustiquaire), du moustique (le vecteur) qui transporte le parasite et le propage d'un individu à l'autre et du parasite (l'agent) qui, lorsque libéré dans l'organisme, produit un certain nombre de dommages, le tout se déroulant dans un environnement plus ou moins favo-

Figure 1. Illustration du triangle épidémiologique (ex. : paludisme)

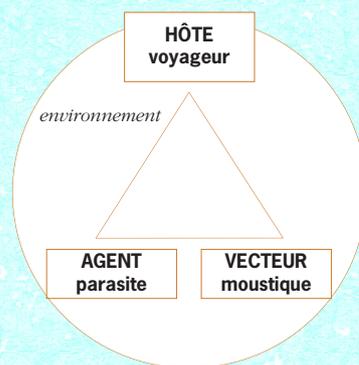
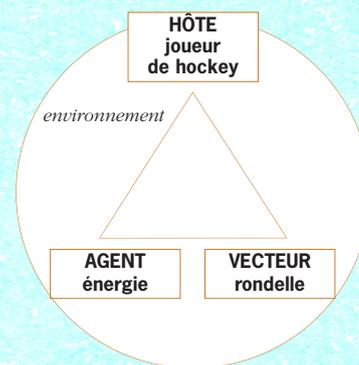


Figure 2. Illustration du triangle épidémiologique (ex. : hockey sur glace)



nable à l'expression de cette interaction. Dans le cas d'un traumatisme au hockey sur glace par exemple, ce triangle sera constitué du joueur (l'hôte) qui adopte un comportement peu sécuritaire (ex. : ne pas porter un équipement de protection) et d'un objet (ex. : la rondelle de hockey ou palet) chargé d'une dose donnée d'énergie lorsqu'il est lancé par un autre joueur. La rondelle de hockey constitue ici le vecteur et l'énergie mécanique transportée par cette rondelle se déplaçant à haute vitesse constitue l'agent pathogène (figure 2). Selon l'organe atteint et la quantité d'énergie libérée au moment de l'impact, les dommages seront plus ou moins sévères. La probabilité de survenue d'une telle situation s'avère aussi fonction d'un certain nombre de paramètres environnementaux (ex. : les règlements au hockey sur glace, la superficie de la patinoire, le nombre de joueurs, etc.).

En examinant attentivement chaque composante du triangle épidémiologique et de l'environnement où il s'exprime, il est plus facile de systématiser l'analyse des problèmes pour en identifier les causes et les solutions. Celles-ci peuvent se rapporter à l'hôte (ex. : le comportement d'un skieur), au vecteur (ex. : la conception des équipements de ski), à l'agent (ex. : la vitesse sur les pentes) ou à l'environnement (ex. : l'aménagement des pistes, les règlements en vigueur). Dans cette optique, l'approche nous propose une matrice, la matrice de Haddon, qui nous permet de passer en revue l'ensemble des causes et solutions possibles pour un problème donné (1). Dans cette matrice, les catégories verticales nous permettent de considérer tous les éléments du triangle épidémiologique. Elles sont constituées de l'hôte, de la technologie, de l'environnement physique, ainsi que de l'environnement socio-législatif. Les catégories horizontales sont, quant à elles, constituées des différentes périodes de l'événement responsable du traumatisme. On identifie ainsi les catégories pré-impact, per-impact et post-impact. Les douze cellules résultantes permettent de passer en revue l'ensemble des dimensions possibles d'un problème

donné. Le *tableau page suivante* présente une application de la grille de Haddon qui identifie les interventions possibles en matière de prévention des morsures de chiens.

La matrice de Haddon : un modèle d'analyse logique

Tel que mentionné dans la définition d'un traumatisme, l'énergie (ou la privation subite d'un élément vital) est au centre du phénomène. Pour cette raison, l'approche s'attarde également à un certain nombre de stratégies d'action ayant l'énergie pour cible principale (3). L'examen de ces stratégies permet de compléter la recherche des solutions possibles à un problème donné. Ces stratégies poursuivent l'un des dix objectifs suivants :

1. éviter la production d'une forme par-

4. réduire l'énergie libérée (ex. : utilisation de valves de sécurité pour éviter l'explosion d'un contenant sous pression) ;

5. mettre une barrière entre la source d'énergie et l'hôte potentiel (ex. : utilisation d'un casque protecteur ou d'un gilet pare-balles) ;

6. augmenter le temps d'absorption d'une quantité d'énergie donnée (ex. : utilisation d'un filet de sécurité ou d'un matelas pour ralentir une chute) ;

7. augmenter la surface d'absorption d'une quantité d'énergie donnée (ex. : arrondissement des coins d'une table pour éviter une coupure lors d'une collision) ;

8. renforcer la résistance du corps à l'énergie transférée (ex. : exercice d'échauffement avant la pratique d'un sport) ;

9. réduire le temps d'exposition à l'énergie libérée (ex. : lavage immédiat suite au contact avec une substance corrosive, trempage immédiat dans l'eau froide d'une surface de peau brûlée) ;

10. initier précocement la gamme complète de services pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle des victimes (ex. : mise sur pied d'un service pré-hospitalier d'urgence efficace).

La matrice et les stratégies décrites ci-dessus permettent donc de passer en revue une série de possibilités pour tenter de remédier à un problème donné. Mais par où commencer ? Quoi et comment choisir ? À ce stade, les principes suivants doivent être considérés (2) :

• **Agir là où ça fait le plus mal.** Il s'agit de bien connaître l'importance des problèmes en termes de mortalité et de morbidité, et d'agir sur les problèmes les plus importants en nombre et les plus lourds de conséquences sur la santé.

• **Agir sur les maillons les plus faibles de la chaîne causale.** Le maillon le plus faible est celui qu'on peut défaire le plus facilement par nos actions préventives. Il s'agit souvent d'actions sur l'environnement physique ou technologique pour le rendre intrinsèquement plus sécuritaire (ex. : mettre des coussins protecteurs sur les objets fixes le long d'une piste de ski). Ces interventions sont dites passives. Outre

ticulière d'énergie parce que jugée trop dangereuse. (ex. : bannissement des trimotos (motos à trois roues) parce que trop instables, interdiction de vente de feux d'artifice) ;

2. réduire la quantité maximale d'énergie accumulée (ex. : réduction de la hauteur d'un plongeur autour d'une piscine, des formats des récipients pouvant contenir des substances toxiques ou de la température des chauffe-eau pour réduire les brûlures) ;

3. empêcher le dégagement d'énergie (ex. : utilisation d'un verrou sur une arme à feu, mise en place de programmes de réduction de la conduite avec facultés affaiblies pour prévenir les collisions de véhicules) ;

► Références bibliographiques

- (1) Haddon W. (1980) *Conference on the prevention of motor vehicle crash injury, proceedings*. Israel J. Med. Sci. 1980 ; 16 (1) : 45-68.
- (2) Haddon W., Baker S.P. Injury control. In : Clark D., MacMahon B. (éditeurs). *Preventive and community medicine*. Little, Brown and Company, 1981 : 109-40.
- (3) Haddon W. *Energy damage and the 10 countermeasure strategies*. Journal of Trauma 1973 ; 13 : 321-31.
- (4) OMS. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et l'Association canadienne pour la santé publique. Conférence internationale pour la promotion de la santé. Ottawa (Ontario), 1986.

le fait qu'elles sont plus efficaces que les actions sur le comportement, ces interventions ont également l'avantage d'entraîner des changements durables qui agissent sur toute la population. En effet, même si le comportement humain peut souvent expliquer un type de traumatisme, il demeure généralement très difficile à modifier d'une façon durable, surtout auprès des individus très à risque. De plus, les interventions com-

portementales ne bénéficient qu'aux personnes qu'on réussit à convaincre.

- **Adopter une stratégie de prévention agissant sur plusieurs cibles à la fois.** Même si les interventions passives sont privilégiées, il faut généralement agir sur plusieurs fronts (comportement, technologie, environnement physique, lois et règlements). En effet, l'analyse d'un problème selon la grille de Haddon (*tableau*) nous révèle généralement une multitude de facteurs sur lesquels il est possible d'agir. C'est souvent la combinaison de ces interventions agissant en synergie qui permet d'améliorer véritablement une situation.
- **Agir là où c'est le plus rentable.** Il s'agit de privilégier les actions ayant le meilleur rapport coût/bénéfice.

Conclusion

Tel que décrit dans la Charte d'Ottawa (4), le processus de promotion de la santé est basé entre autres sur les stratégies suivantes : promouvoir des initiatives personnelles favorables à la santé, créer des environnements sains et promouvoir des politiques publiques favorables à la santé. L'approche de prévention des traumatismes décrite dans cet article s'inscrit tout à fait dans ce processus et interpelle en diversité d'autres secteurs que celui de la santé. En effet, la plupart des interventions efficaces

dans le domaine de la prévention des traumatismes font appel à divers secteurs : mentionnons les loisirs, le transport, la sécurité publique, la justice, l'habitation, le travail et les municipalités. En raison des objectifs de santé et de sécurité qu'il poursuit, le secteur de la santé n'a d'autre choix que celui de s'intégrer à ce réseau. Ses actions consistent alors surtout à informer ses partenaires de l'impact sanitaire des problèmes et à susciter des actions correctrices. Cette contribution se fera notamment par l'analyse rigoureuse des causes et des conséquences des problèmes ainsi que des interventions reconnues efficaces. Elle se fera également par la participation à des comités de travail intersectoriels, par la formulation de recommandations lors d'enquêtes publiques ou autres types de consultation sur des questions de sécurité, par la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de certaines initiatives de prévention (politiques publiques, projets pilotes, etc.) et par la formation des intervenants.

Pierre Maurice

Coordonnateur scientifique,
« Sécurité et prévention des traumatismes »,

Michel Lavoie

Monique Rainville

Institut national de la santé publique
du Québec, Canada.

Tableau. Matrice de Haddon : application à la prévention des morsures de chiens

	Hôte (humain)	Technologie (agent agresseur/vecteur : le chien)	Environnement physique	Environnement socio-législatif
Pré-impact	Éducation (propriétaires de chiens, parents, enfants, policiers, certains groupes de travailleurs).	Éducation adéquate par des éleveurs/éducateurs reconnus. Stérilisation. Contrôle génétique (sélection de chiens peu agressifs). Vaccination antirabique (diminuer les conséquences d'une morsure). Contrôle en laisse. Muselière.	Compatibilité entre l'environnement et le type de chien. Contrôle en laisse sur la voie publique. Enclos, cage.	Réglementations municipale et provinciale. Sensibilisation des médias. Normalisation du secteur d'activité canin (élevage, vente, éducation). Encadrement et dissuasion de la possession de chiens dressés pour l'attaque. Assurance-responsabilité particulière pour certains cas.
Per-impact	Mesures de protection individuelles (principalement pour les travailleurs).			
Post-impact	Prophylaxie antirabique. Éducation de la victime (ou le parent) lors de la consultation. Réhabilitation de la victime.	Évaluation des chiens ayant mordu. Mesures postévaluation (éducation, identification du chien, pharmacothérapie, confinement, euthanasie, etc.).	Déclaration et enquête pour évaluation du risque rabique. Services d'urgence. Modification de l'environnement du chien.	Réglementation obligeant l'évaluation des chiens. Collaboration des médias.

Source : Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec (1997). Morsures de chien : problématique et mesures de préventions. Avis du Conseil des directeurs de santé publique du Québec.

Epidémiologie des accidents de sport et de loisirs chez les enfants et les adolescents

La difficulté de recueillir les données exhaustives des accidents de la vie courante en France, traduit le manque de considération sociale pour un phénomène qui provoque pourtant, chaque année, plus de 18 000 morts, soit le double des accidents de la circulation. Les accidents de sport et de loisirs représentent à eux seuls la moitié de ces accidents chez les 0 à 24 ans.

Les traumatismes au sens large comprennent deux grands groupes, les traumatismes intentionnels qui regroupent les violences et agressions, les suicides et tentatives de suicide, les faits de guerre (et qui en réalité ne sont pas des accidents) ; les traumatismes non intentionnels, qui constituent les accidents, usuellement répartis en accidents du travail, accidents de la route et accidents de la vie courante ou AcVC. Parmi les AcVC, on peut distinguer les accidents domestiques, les accidents de sport, les accidents scolaires et les accidents de loisirs.

L'origine des informations

Les sources épidémiologiques portant sur les AcVC sont relativement peu nombreuses en France (1, 2). Certains travaux ponctuels, thématiques ou d'extension régionale, fournissent des informations intéressantes (enquêtes des médecins de montagne, en centres de traitement de brûlés, travaux d'observatoires régionaux de santé, de l'Inserm, Baromètre santé du Comité français d'éducation pour la santé, enquête décennale sur la santé et les soins médicaux menée par l'Insee, enquêtes transversales de morbidité hospitalière, etc.). Des bases de données mises en place pour d'autres objectifs sont susceptibles d'être exploitées du point de vue des AcVC, c'est le cas par exemple de la base des interventions des sapeurs pompiers de Paris, ou des résumés de

sortie standardisés hospitaliers du programme de médicalisation du système d'information (PMSI). D'autres bases ou enquêtes sont actuellement en cours de constitution ou en projet (surveillance des accidents scolaires, enquête sur les noyades, enregistrement des accidents de sport, etc.). Toutefois, les principales sources d'information sur les AcVC, dont les résultats ont été utilisés pour cet article, sont la statistique des causes de décès, les enquêtes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et l'enquête nationale sur les accidents domestiques et de loisirs.

La statistique des causes de décès (3), établie par le service commun n° 8 de l'Inserm à partir des bulletins remplis lors de tout décès, fournit des résultats exhaustifs irremplaçables. Les limites de cette source sont liées au fait qu'elle ne concerne que les décès. Par ailleurs, l'utilisation de la classification internationale des maladies pour le codage n'est pas toujours adaptée à une bonne description des AcVC (difficulté à différencier les accidents du travail, domestiques et de transport), voire à la manière de coder qui peut produire des imprécisions (conventions de codage inconnues ou non appliquées).

Les accidents de la vie courante représentent une des principales causes de décès prématurés. En 1998, 18 812

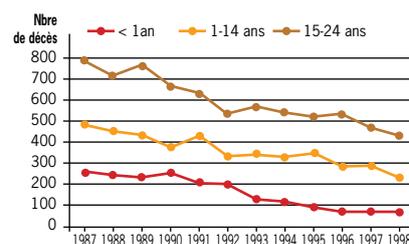


Figure 1 : Évolution de la mortalité par accident de la vie courante depuis 1987 (source Inserm-Sc8)

personnes sont décédées des suites d'un AcVC (et 18 188 en 1997), dont 318 enfants âgés de 0 à 14 ans (371 en 1997) et 441 adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans (485 en 1997) (3, 4). Bien que ces nombres soient en décroissance depuis les années quatre-vingt (figure 1), les AcVC continuent de représenter 10 % des décès la première année de vie et entre 15 et 24 ans, et plus de 15 % entre 1 et 14 ans (un décès sur cinq entre 1 et 4 ans). Au-delà de la première année, les décès sont plus nombreux chez les garçons : le sex ratio est environ égal à 2,1 entre 1 et 14 ans, à 3,4 entre 15 et 24 ans. Par grands groupes de causes (tableau 1), on note l'importance des noyades (114 décès en 1998), des chutes (113 décès) et des suffocations (98 décès).

Tableau I : Répartition des décès par accidents en 1998 selon la cause (source Inserm Sc8)

	0-1an	1-14 ans	15-24 ans	Total
Chutes	8	35	70	113
Suffocations	50	28	20	98
Noyades	8	64	42	114
Feu	2	40	19	61
Intoxications	1	5	27	33
Autres	11	66	263	340
Total	80	238	441	759

Les enquêtes de la Cnamts (5, 6) ont été menées, entre 1987 et 1994, par voie postale sur un échantillon représentatif d'assurés sociaux, dans certaines caisses primaires d'assurance maladie volontaires. Les assurés étaient interrogés sur les accidents de la vie courante qu'ils avaient eus l'année écoulée. Les informations provenant des assurés eux-mêmes (avec un taux de répondants de l'ordre de 75 %), on peut considérer qu'elles étaient transmises dans de bonnes conditions ; en revanche, des biais de compréhension et de mémorisation ont probablement affecté les résultats. Ces enquêtes d'un grand intérêt ont malheureusement cessé en 1995.

Chutes et chocs

Entre 1987 et 1995, elles ont permis d'enregistrer plus de 47 000 AcVC, chez 614 000 personnes enquêtées dans 28 départements (1, 5). Les chutes (46 %), les chocs (19 %), les brûlures (16 %) et les coupures (15 %) sont les mécanismes accidentels les plus fréquents à tout âge. Entre 0 et 16 ans, les 15 500 AcVC se répartissent en 9 000 chez les garçons et 6 500 chez les filles (sex ratio 1,4) ; à côté des accidents domestiques (plus de la moitié des AcVC), la proportion d'accidents de sport est estimée à près de 10 %, et celle des accidents de loisirs à près de 9 %. En extrapolant ces résultats à l'échelle nationale, on estime pour cette tranche d'âge 0-16 ans à

1 160 000 le nombre annuel d'AcVC entraînant des soins médicaux. Entre 10 et 24 ans, les accidents de sport représentent 44 % du total des AcVC (6) ; l'estimation annuelle est de 382 000 accidents de sport, parmi lesquels 343 000 ont nécessité des soins, dont 50 000 une hospitalisation d'une durée moyenne de sept jours : chaque année, quatre jeunes sur cent sont ainsi victimes d'un accident de sport. Parmi les sports pratiqués au moment de la survenue de l'accident, on relève l'importance du football (29 %) et des sports de balle à main (basket-ball, handball, volley-ball), 19 %. Viennent ensuite le rugby, la gymnastique sportive, le ski, le cyclisme (6 % chacun), puis l'athlétisme, les sports de contact (4 % chacun), l'équitation, le tennis, le jogging (2 % chacun).

Dans cette tranche d'âge des 10-24 ans, sur dix accidents de sport, près de six sont liés à une chute et quatre à un choc, le plus souvent contre une personne. La part des chutes dans les accidents de sport décroît avec l'âge. Les mécanismes dépendent du sport pratiqué : dans le cas du ski, il s'agit de chutes dans plus de 90 % des cas, alors que celles-ci n'interviennent que dans la moitié des cas environ pour les sports de ballon (45 %) ou les sports de contact (54 %). À l'inverse, les chocs sont à l'origine des trois quarts des acci-

dents de rugby (74 %). Les autres mécanismes sont essentiellement des faux mouvements liés à des efforts musculaires intenses (athlétisme, tennis, course à pied, natation). Les accidents d'équitation sont surtout dus à des chutes (80 %) et/ou à des coups de sabots (54 %). Huit accidents sur dix occasionnent des lésions nécessitant des soins médicaux. On retrouve surtout des entorses (environ la moitié des lésions pour le tennis, le jogging, les sports de ballon, le ski) et des fractures (19 % en moyenne). Les parties du corps les plus touchées sont les membres inférieurs (cheville, genou), certains sports (ski, vélo) provoquent des lésions graves de la tête et du cou. Les taux et les durées d'hospitalisation augmentent avec l'âge, passant de 10 hospitalisations pour 100 accidents et 4 jours d'hospitalisation en moyenne entre 10 et 14 ans, à 17 % et 10 jours entre 20 et 24 ans. La rééducation (kinésithérapie) intervient dans 20 % des accidents (31 % pour les accidents de ski).

L'enquête nationale sur les accidents domestiques et de loisirs a été mise en place à partir de 1986 dans tous les pays de l'Union européenne, selon des modalités techniques diverses. Ce recueil dénommé Ehlass (*European home and leisure surveillance system*) porte en réalité sur l'ensemble des AcVC. En France, il s'agit d'un recueil continu assuré par des hôpitaux, qui consiste à recueillir de façon exhaustive sur l'année, pour tout recours aux urgences motivé par un AcVC, des données élémentaires concernant : la personne accidentée (âge, sexe, etc.), sa prise en charge (date et heure d'arrivée aux urgences, traitement, hospitalisation éventuelle), les caractéristiques de l'accident (mécanisme, lieu, activité, type de lésion, partie du corps lésée, élément ou agent en cause). Enfin, une courte description de l'accident est

Tableau II : Répartition par âge et par sexe des accidents de sports et de loisirs en 1999-2000 (source : Ehlass, cinq hôpitaux)

	0-1an	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-24 ans	Total
Sex ratio (garçons/filles)	1,24	1,38	1,41	1,39	1,43	1,39
Total (nb)	977	6 972	4 776	5 552	3 406	21 653

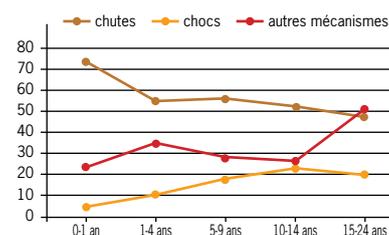


Figure 2 : Répartition selon le mécanisme et l'âge des accidents de sport et de loisirs (Ehlass 1999-2000)

enregistrée en texte libre (7, 8). Les données sont centralisées tous les trois mois environ et consolidées annuellement au niveau national. La gestion de cette base a été assurée pendant plus de quinze ans par la direction générale de la Santé. La réorganisation du ministère chargé de la Santé et la création de l'Institut de veille sanitaire (InVS) par la loi de sécurité sanitaire du 1^{er} juillet 1998 ont amené à transférer la responsabilité de ce recueil à l'InVS, dans le cadre du programme de surveillance des accidents de la vie courante. De multiples exploitations sont faites pour répondre aux demandes d'associations, de collectivités, de journalistes, de particuliers ou d'institutions (administrations, Commission de la sécurité des consommateurs, CFES, Délégation générale à la consommation, à la concurrence et à la répression des fraudes, etc.). Seule source de données enregistrées en continu sur les AcVC en France, ce recueil sans équivalent constitue, malgré les critiques méthodologiques dont il a fait l'objet, un système descriptif (et non d'alerte) de référence.

Une exploitation de la base Ehlass sur les données de cinq hôpitaux en 1999-2000 (centres hospitaliers de Béthune, Besançon, Bordeaux, Reims, Vannes) a été effectuée en retenant les seuls enregistrements correspondant à des accidents de sport ou de loisirs (ASL) chez des personnes de 0 à 24 ans. On a ainsi obtenu 21 653 ASL, ce qui représente 50 % des AcVC collectés.

Sexe, mécanisme, lieu, activité.

Les garçons sont toujours plus nombreux que les filles (*tableau II*), avec un sex ratio de l'ordre de 1,4 (1,24 entre 0 et 1 an). Les chutes ont représenté 52 % des mécanismes en 1999-2000, suivies des chocs, coups, collisions (16 %), des autres contacts (6 %), des pincements et compressions (6,6 %), et des « efforts physiques » (5,3 %). La proportion de chutes décroît avec l'âge (*figure 2*) : de 73 % entre 0 et 1 an à 38 % de 15 à 24 ans ; cette diminution va de pair avec l'augmentation des chocs : de 4 % de 0 à 1 an à 21 % de 15 à 24 ans. Le lieu de survenue de l'accident a principalement été l'intérieur de la maison : 44 % en moyenne (82 % pour les 0-1 an et 72 % pour les 1-4 ans), suivi de l'extérieur de la maison, 18 %, et des terrains de sport, 13 % (30 % de 10 à 14 ans et 18 % de 15 à 24 ans). L'activité enregist-

trée au moment de l'accident était le loisir dans 84 % des ASL ; le sport était spécifié dans 15,6 % des cas (dont 9,6 % en milieu scolaire).

Lésion, partie lésée, prise en charge

Les principales lésions ont été les contusions (41 %), les plaies ouvertes (25 %), les fractures (11 %), les entorses (9 %). Les contusions étaient plus fréquentes avant 1 an (73 % des accidentés), les plaies ouvertes entre 1 et 9 ans (32 %), les fractures entre 10 et 14 ans (16 %), les entorses après 10 ans (17 %). La tête a été lésée dans 76 % des cas avant 1 an, 58 % entre 1 et 4 ans. Le membre supérieur a été atteint dans plus de 40 % des accidents de sport et de loisirs à partir de 10 ans. Une hospitalisation a été nécessaire en moyenne pour 8,5 % des accidentés, davantage de 0 à 10 ans (10 %) qu'au-delà (6 %). Les trois quarts des hospitalisations ont duré entre 0 et 2 jours, 13 % de 3 à 5 jours, 11 % 6 jours et plus. On a, par ailleurs, enregistré 17 décès dans l'hôpital où la personne accidentée avait été conduite en urgence.

Ce panorama chiffré, forcément incomplet, établi avec les résultats disponibles, montre toutefois bien l'am-

pleur des accidents de sport et de loisirs chez les enfants, les adolescents et les adultes jeunes. Les quelques travaux disponibles concernant les séquelles d'accidents (9-11) confirment la gravité de certains accidents. Des séquelles sont enregistrées dans environ 7 % des accidents, cette proportion augmentant avec l'âge : atteintes sensorielles (visuelles principalement), raideurs articulaires, angulation ou raccourcissement des membres. On note, en particulier, la plus grande fréquence de séquelles dans le sport, après des accidents considérés initialement comme bénins. Le problème représenté par ce nombre élevé d'accidents de sport et de loisirs et la gravité de certains d'entre eux n'est pas spécifique à la France (12). Des mesures de protection et de prévention adaptées devraient permettre d'en éviter un plus grand nombre.

Bertrand Thélot¹

Jean-Pierre Darlot²

Marc Nectoux²

Hubert Isnard¹

1. Département Maladies chroniques et Traumatismes, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

2. Direction des Systèmes d'information, Université Paris 5.

Références bibliographiques

- (1) Guilbert P., Janvrin M.P., Yacoubovitch J., Duval C., Baudier F. *Épidémiologie des accidents de la vie courante en France : systèmes d'informations et perspectives*. Ann. Pédiatr. (Paris) 1999 ; 46 (3) : 337-44
- (2) Tursz A., Gerbouin-Rérolle P. *Les accidents de l'enfant en France*. Paris : Inserm, 2001.
- (3) *Statistiques des causes de décès*. Inserm-Sc8, Paris.
- (4) CFES/Cnamts/DGS/Coac. *Accidents de la vie courante*. Vanves : CFES, coll. La Santé en chiffres, 2000 : 32 p.
- (5) Bazile S., Berton E., Garry F., Pierre-Louis J. *Enquête sur les accidents de la vie courante. Résultats 1987 à 1994*. Paris : Cnamts, 1997, Dossier études statistiques n° 38.
- (6) Garry F. *Les accidents de sport chez les jeunes de 10 à 24 ans*. Paris : Cnamts, 1999, Point Stat. n° 14.
- (7) Duval C., Salomon L. *Les accidents de la*

vie courante. Paris : La Documentation française, 1997 : 185 p..

(8) Lebrun E., Pocquet K., Duval C. *Le système Ehlass. Bilan de dix ans de fonctionnement, juillet 1986-juillet 1996*. Ann. Pédiatr. (Paris) 1999 ; 46 (5) : 368-76.

(9) Yacoubovitch J., Lelong N., Cosquer M., Tursz A. *Étude épidémiologique des séquelles d'accidents à l'adolescence*. Arch. Pédiatr. 1995 ; 2 : 532-8.

(10) Tursz A., Crost M. *Sequelae after unintentional injuries to children: an exploratory study*. Injury Prevention 2000 ; 6 : 209-13.

(11) Vernhes C., Poret H. *Les séquelles d'accidents de la vie courante*. Paris : Cnamts, Bloc-notes Statistiques 1992, n° 57.

(12) Rogmans W. *Les accidents domestiques et de loisirs des jeunes de moins de 25 ans dans l'Union européenne : défis pour demain*. Santé publique 2000 ; 12 (3) : 283-98.

L'activité physique des jeunes de 12 à 25 ans

Depuis vingt ans, l'activité sportive des jeunes et particulièrement des jeunes filles n'a cessé de croître. Le plaisir, la santé et la rencontre avec des amis sont les trois motivations le plus souvent invoquées. Quant aux risques, ils augmentent en parallèle avec la fréquence de l'activité...

L'activité sportive a connu un réel essor les vingt dernières années, en particulier parmi les jeunes et les femmes. En ce qui concerne la pratique sportive de ces dernières, leur proportion est passée de 9% en 1968 à 32,5% en 1997¹ et les sports « unisexes » ou plus typiquement masculins ont vu leur nombre de licenciés féminins s'accroître sensiblement. À titre d'exemples, on constate que pour le volley-ball, on dénombrait 25 680 licenciées en 1979-1980 versus 45 684 en 1999-2000²; dans le football, il y a actuellement 34 997 pratiquantes licenciées et le premier championnat de football féminin a eu lieu en 1974³.

Quant aux jeunes, quels que soient le lieu d'habitation et leur milieu social d'origine, plus de 80 % pratiquent un sport en dehors du temps scolaire (1), proportion qui a augmenté d'environ 30 % depuis 1974. Cette « démocratisation » du sport s'est accompagnée d'une valorisation sans retenue des athlètes et du mode de vie sportif en général (habillement, langage, valeurs morales).

On propose de décrire les contours de cette activité sportive et ce, à partir de deux enquêtes épidémiologiques multithématiques récemment réalisées en France : le Baromètre santé 2000 (2), réalisé à la fin de l'année 1999 (concernant 13 685 individus âgés de 12 à 75 ans interrogés par téléphone, par tirage aléatoire, dont 3 180 de 12 à 25 ans) et l'enquête Espad (3), enquête scolaire issue d'un protocole européen, réalisée en 1999, qui concerne 12 500 élèves de 14 à 20 ans interrogés par questionnaire auto-administré.

La fréquence de la pratique sportive

La pratique sportive (CFES : au cours des sept derniers jours ; Espad : au cours des douze derniers mois) est majoritaire chez les jeunes (*Tableau D*), la prévalence de la pratique annuelle étant plus élevée que la pratique durant la semaine passée. Toutefois :

- les garçons sont plus nombreux que les filles à avoir une pratique sportive longue. Cette différence des sexes existe depuis toujours (temps de pratique, présence dans les médias, etc.) et demeure une réalité et ce, malgré l'augmentation de la pratique féminine, la suppression de la distinction entre hommes et femmes pour la reconnaissance des disciplines de haut niveau et l'intégration dans la loi de l'égalité d'accès des femmes et des hommes aux instances dirigeantes des mouvements sportifs ;
- les moins de 15 ans ont une pratique sportive plus importante que les 15 ans et plus. Plusieurs raisons peuvent expli-

quer cette diminution de la pratique sportive avec l'âge, surtout parmi les filles : le manque de temps (les devoirs prennent une place de plus en plus importante dès le lycée), l'apparition d'autres centres d'intérêts (cinéma, concerts, sorties, voyages, travail) qui diminuent d'autant le temps disponible et, pour les plus âgés, l'importance de la vie de couple.

Le sport, c'est le plaisir

Le plaisir d'abord, puis la santé et les rencontres avec des amis sont les trois premières motivations pour pratiquer un sport, sans différence entre garçons et filles. Toutefois, deux motivations les distinguent : les garçons disent plus volontiers faire un sport pour gagner (18,7 % vs 8,1 % ; $p < 0,001$), alors que les filles répondent plus souvent faire du sport pour maigrir (21,8 % vs 6,5 % ; $p < 0,001$). Des évolutions sont perceptibles en fonction des tranches d'âge. Le sport pour la santé est ainsi deux fois

plus cité par les 20-25 ans (60,5 %) que par les 12-14 ans (31,6 %; $p < 0,001$). Le sport pour se muscler est un peu plus souvent cité par les plus âgés. Au total, c'est le plaisir et non la contrainte (maigrir, se muscler, gagner) qui motive la pratique sportive des jeunes, même si, avec l'âge, des raisons de santé deviennent plus importantes (Tableau II).

Sports collectifs, sports individuels ?

Une proportion plus importante de garçons que de filles déclare pratiquer un sport collectif (61,8 % vs 35,5 %; $p < 0,001$). À l'inverse, les filles ont une pratique sportive plus individuelle (87,8% vs 69,1 %; $p < 0,001$). Le football est le sport le plus pratiqué par les garçons (39,7 % déclarent y avoir joué en club ou avec des copains au cours des sept derniers jours), donnée confirmée par le nombre de licenciés (durant la saison 2000-2001, il y en a eu 2 150 443). Les filles déclarent avoir pratiqué principalement de la « gym » (au sens large), du jogging et de la natation. On n'observe pas de différence entre les garçons et les filles pour le jogging, le basket (sport collectif qui regroupe le plus de licenciés féminins avec 169 638⁴) et le volley-ball (Tableau III).

L'analyse par âge montre une certaine variabilité des pratiques. Ainsi, la natation et surtout la marche à pied augmentent avec l'âge (cette dernière est citée par près d'un jeune sur dix à 20-25 ans, alors qu'elle ne l'est quasiment pas par les moins de 20 ans). En revanche, la pratique d'un sport collectif diminue sensiblement avec l'âge, surtout le basket-ball, le volley-ball et le hand-ball (Tableau III).

Entre 12 et 14 ans, un adolescent sur deux déclare également avoir fait du roller au cours des douze derniers mois, ils sont un quart entre 15 et 19 ans, sans différence entre les garçons et les filles. En revanche, parmi les 20-25 ans, les garçons sont deux fois plus nombreux à pratiquer le roller que les filles.

Les accidents de sports

Un jeune sur sept déclare avoir eu un accident de sport ayant entraîné une hospitalisation ou une consultation au cours des douze derniers mois (14,0 % à 12-14 ans ; 14,9 % à 15-19 ans et 13,3 % à 20-25 ans). Le sport est la première cause d'accident parmi les 12-25 ans.

Tableau I : La durée hebdomadaire moyenne de l'activité sportive (en pourcentage)

		12-25 ans (BS 2000) - n = 3 180				14-20 ans (Espad 1999) - n = 11 389			
		0	<4 h	4-8 h	> 8 h	0	<4 h	4-8 h	> 8 h
Garçons	12-14 ans	10,8	19,9	34,6	34,7	-	-	-	-
	15-19 ans	23,8	15,9	34,4	25,9	8,1	27,2	46,2	18,6
	20-25 ans	42,4	17,5	24,6	15,5	-	-	-	-
Filles	12-14 ans	18,5	31,8	33,7	16,0	-	-	-	-
	15-19 ans	33,6	26,1	30,6	9,7	11,2	53,1	28,2	7,5
	20-25 ans	65,3	15,3	13,0	6,4	-	-	-	-

Tableau II : Les motivations des pratiquants (12-25 ans BS 2000) (En pourcentage et parmi les sportifs)

	Pour le plaisir	Pour la santé	Pour rencontrer des amis	Pour se muscler	Pour maigrir	Pour gagner
Sexe	ns	ns	ns	ns	***	***
Garçons	76,1	47,0	44,5	30,5	6,5	18,7
Filles	73,5	45,1	45,7	26,4	21,8	8,1
Tranche d'âge		ns	***	ns	*	nss
12-14 ans	74,8	31,6	44,6	23,4	12,6	16,3
15-19 ans	76,9	45,8	44,8	30,9	12,1	12,9
20-25 ans	72,5	60,5	45,6	31,0	14,8	14,0

Tableau III : Le type de sport pratiqué (12-25 ans BS 2000) (En pourcentage et parmi les sportifs)

Sexe	Sports individuels					Sports collectifs				
	Ensemble	Marche	Jogging	Gym	Natation	Ensemble	Football	Basket-ball	Volley-ball	Hand-ball
	***	***	ns	***	***	***	***	ns	**	ns
Garçons	69,1	3,0	14,7	3,4	7,8	61,8	39,7	13,5	8,6	7,5
Filles	87,8	7,0	14,7	14,8	13,5	35,5	5,0	12,3	13,8	8,0
Tranche d'âge	ns	***	ns	***	*	***	ns	***	***	***
12-14 ans	78,2	1,8	16,7	13,4	8,5	64,4	27,1	20,2	13,1	15,1
15-19 ans	76,8	3,2	13,1	6,3	8,9	52,0	25,0	13,2	13,9	6,2
20-25 ans	76,4	9,5	14,9	5,9	13,7	35,5	22,8	5,7	4,6	2,6

*** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * : $p < 0,05$

Selon le rapport Inserm (1), 43 % des garçons et 32 % des filles qui ont une pratique sportive ont eu un accident de sport dans l'année, proportion qui passe, en fonction du temps de pratique hebdomadaire, pour les garçons, de 36 % (moins de 4 heures par semaine) à 48 % (4 heures et plus par semaine) et, pour les filles, de 24 % (moins de 4 heures) à 36 % (de 4 à 8 heures) et 49 % (plus de 8 heures par semaine). Cette hausse de l'accidentalité liée à l'exposition pose le problème de la prise en charge et du handicap (somatique et social) post-traumatique.

L'incidence des traumatismes est proportionnelle à la fréquence de la pratique des sports. Les sports de ballon et notamment le football sont responsables de la majorité des traumatismes (souvent bénins), le vélo (VTT inclus) génère en revanche des accidents plus graves (traumatismes craniofaciaux) (4). D'autres sports sont fréquemment responsables de traumatismes comme le basket-ball (entorses de doigts et de chevilles), la gymnastique, les sports de combat ainsi que le roller et le skate.

Un récent colloque a tenté de faire le point sur les pratiques et la prévention des accidents de rollers chez les enfants

et les adolescents (5). Dans la majorité des accidents de rollers (estimés à plusieurs dizaines de milliers chaque année - Ehlass), ce sont les membres supérieurs qui sont le plus touchés (poignets, avant-bras, épaules). Les quelques études déjà disponibles et présentées lors de cette rencontre indiquaient que 81 % des accidentés n'avaient suivi aucun apprentissage et que 65 % des pratiquants n'avaient aucune protection lors de l'accident. Les données de l'enquête Baromètre santé 2000 montrent qu'une proportion plus importante des 12-14 ans a utilisé un casque lors de la dernière sortie en rollers, les garçons plus que les filles (respectivement 23,2% et 12,9 % vs 7,3 % et 3,4 % parmi les 15-19 ans) (6).

En guise de conclusion

La pratique sportive s'est largement démocratisée parmi les jeunes, même si les filles restent plus en retrait que les garçons. Si les sports individuels prédominent et ce, quel que soit l'âge, les sports collectifs concernent surtout les garçons et les moins de 20 ans. Le plaisir motive principalement la pratique sportive. Toutefois, avec l'âge, la santé occupe une place importante. À ce propos, l'accident est un risque assez fréquent lors d'une pratique régulière.

► Références bibliographiques

(1) Choquet M., Bourdessol H., Arvers Ph., et al. *L'activité sportive à l'adolescence. Les troubles et conduites associés*. Rapport au ministère de la Jeunesse et des Sports. Marly-le-Roi, Injep, 2001 : 94 p.

(2) Sous la responsabilité du Comité français d'éducation pour la santé et en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, le Haut Comité en santé publique et la Fédération nationale de la mutualité française. *Baromètre santé 2000*. Vanves : CFES, 2001 (à paraître).

(3) Sous la direction de l'équipe Santé de l'adolescent de l'Inserm U. 472 (M. Choquet, S. Ledoux) et en partenariat avec l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, le ministère de l'Éducation nationale, de la

Recherche et de la Technologie. Hibell B., Andersson B., Bjarnason T., et al. *The 1999 ESPAD Report. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - Alcohol and Other Drug Use*. CAN/Council of Europe (Pompidou Group) 2001.

(4) De Billy B., Garnier E., Parot R., Valioulis I., Aubert D. *Les accidents de sport chez l'enfant (âgé de moins de 15 ans) : épidémiologie et mesures de prévention*. Annales de Pédiatrie 1999 ; 46 : 5.

(5) *Prévenir les accidents de rollers chez les enfants et les adolescents*. Synthèse des interventions du colloque. Avril 2001 : 57 p.

(6) Bourdessol H., Gautier A., Guilbert Ph., et al. *Pratique du roller et port du casque*. BEH 2001 ; 13 : 55-7.

(7) European Physical Activity Surveillance System (Eupass). *Final report to the European commission (DG SANCO F/3, Health Monitoring Programme)*. March 2001 : 33 p.

Outre les résultats de ces deux enquêtes succinctement présentés ici, de nombreux documents existent sur la pratique de l'activité physique et sportive dont deux récemment publiés : un premier qui concerne l'activité sportive à l'adolescence, les troubles et conduites associés (1) et un second qui se propose de faire le point sur l'activité physique sur le territoire européen (7).

Philippe Guilbert

Chargé d'études-coordonnateur du Baromètre santé, Comité français d'éducation pour la santé, Vanves,

Marie Choquet

Directeur de recherches, Inserm unité 472, Équipe Santé des adolescents, Villejuif.

1. Données du ministère de la Jeunesse et des Sports.

2. Données de la Fédération française de volley-ball.

3. Données de la Fédération française de football.

4. Données de la Fédération française de basket-ball

Freins et stratégies à développer pour une prévention passive efficace : l'exemple du roller

Utiliser des protections réduit considérablement les risques de lésions traumatiques. Mais il faut aujourd'hui convaincre les pratiquants qu'elles n'entravent pas trop leur liberté et qu'elles sont efficaces – même s'ils ne sont plus des débutants et pas encore de ces pros qui défient les lois de l'équilibre.

La pratique du roller compte aujourd'hui quelque cinq millions d'adeptes et le phénomène de glisse urbaine ne cesse de croître depuis quelques années. Parallèlement, la pratique du roller est responsable de plusieurs dizaines de milliers d'accidents (1). Parmi les victimes, la grande majorité (65 %) ne porte pas de protections et huit personnes sur dix (81 %) n'ont reçu aucun apprentissage du roller. Pourtant, les protections réduisent significativement les risques de lésions traumatiques, d'autant que le mécanisme le plus fréquent de l'accident est la chute (2).

Dans le cadre du programme de prévention des accidents de sport et de loisirs, le CFES et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) ont décidé de mener des actions de prévention auprès des pratiquants de roller afin qu'ils adoptent une pratique sécurisée par l'utilisation de protections (protèges-poignets, coudières, casque, etc.).

Pour construire sa communication et disposer d'éléments pertinents pour convaincre les pratiquants de roller de porter des protections, le CFES a piloté,

en 2000, une étude prospective réalisée dans le cadre du programme national Cnamts/CFES sur la prévention des accidents de sports et de loisirs, afin d'identifier les obstacles à leur utilisation. Cette étude qualitative¹ a été conduite à Paris et à Lyon auprès d'adeptes (hommes et femmes) du roller, âgés de 15 à 35 ans. Pour répondre à l'objectif de l'étude, une exploration a été menée sur les représentations associées à la pratique du roller, puis celles associées aux protections. Le croisement de ces représentations révèle deux univers opposés.

Le roller : plus qu'un sport, une relation nouvelle à la cité

Les registres exprimés sur l'univers roller sont extrêmement riches et ils peuvent s'ordonner autour de deux pôles : le pôle individuel et le pôle social.

Pour le premier, pratiquer le roller c'est découvrir un nouveau rapport au corps, à l'espace et au temps. Le roller est un objet intégré en prolongement du corps, contrairement au vélo, à la moto ou encore au skate : « *on oublie qu'on a des rollers... une fois qu'on est dessus, ça fait partie de nous-même* » ; « *c'est comme si on avait des pieds roulants* ». Son apprentissage renvoie à celui de la marche (« *un girafon qui vient de naître, il ne sait plus à quoi se tenir* » ; « *Bambi quand il commence à marcher* ») et au terme du processus d'acquisition, l'adepte découvre une nouvelle liberté, une nouvelle mobilité sans contraintes organiques réelles (pas d'esoufflement) : « *la glisse, c'est la vitesse sans l'effort* ».

Situé entre deux – ni voiture, ni piéton –, le pratiquant de roller devient un sujet coupé du monde extérieur, il est dans sa bulle, « *on oublie tout, on s'échappe* ». Pratiquer le roller, c'est disposer de la totalité du territoire, on s'approprie la ville facilement car « *on peut changer rapidement d'endroit, en cinq minutes* », la ville devient un spectacle où les frontières entre réel et virtuel sont abolies, « *c'est un peu comme zapper* », « *un peu comme un jeu vidéo, mais là on est dans l'action* ». Alors, on rêve de rapidité, d'ubiquité, « *après j'ai continué sauf que maintenant je ne suis pas que dans ma rue, je suis partout* ». Les adultes évoquent le plaisir de se laisser aller à la découverte, « *j'adore me balader dans Paris le dimanche, découvrir des petites rues, rêver devant les beaux appartements...* ».

Pour tous les adeptes, le roller c'est pouvoir aller plus vite ou prendre son temps : « *on fait tout plus vite* » et, au contraire, il y a la possibilité de profiter. Un adulte déclare « *on n'est pas pressé par le temps* ». Finalement, le désir est réalisé immédiatement, « *le roller, c'est comme une envie de manger... là tout de suite* », « *quand on veut, tout le temps, pas comme pour le ski* ». Pour les adultes, la gestion du temps en roller offre des sensations d'enfance ou d'adolescence, le roller, « *c'est rester jeune dans sa tête* ».

Ainsi, la liberté du corps, l'absence des contraintes spatiales et temporelles qu'offre le roller se traduisent pour les adeptes par un sentiment d'invulnérabilité, de puissance. Au-delà de la pratique corporelle, le roller a aussi une fonction sociale, distincte par groupes d'âges.

Pour les adultes, pratiquer du roller crée du lien social tout en préservant la pratique individuelle. C'est un phénomène inter-générationnel et socialement fédérateur : « *tout le monde a la même passion... toutes les classes sociales font du roller... y'a toutes les générations... un côté famille retrouvée* » ; « *c'est commun sans l'être, on peut en faire à plusieurs et chacun à sa façon* ». En outre, pratiquer le roller donne le sentiment d'appartenir à une communauté informelle, semblable à la communauté des motards, et qui permet en plus de s'approprier l'espace urbain : « *c'est comme en moto, si on tombe sur un autre rollerblade, on discute, on se met à côté, c'est super!* ».

Parmi les adolescents, le groupe joue un rôle majeur puisqu'il permet à la fois l'intégration à une collectivité de pairs et une différenciation du monde des adultes. L'appartenance ou la démarcation s'opère via des codes vestimentaires et des musiques de prédilection (rap/hip hop). Ainsi, pratiquer le roller avec des copains apporte aux jeunes un fort sentiment d'appartenance : « *j'appartiens à un groupe. On appelle ça un crew. C'est l'esprit de communauté. C'est l'entraide, l'amitié...* ». En même temps, pour appartenir ou préserver sa place au sein du groupe, il faut faire ses preuves : « *le problème, c'est qu'il faut évoluer comme tout le monde, sinon c'est difficile de rester dans le groupe. Les copains étaient expérimentés, je devais apprendre par moi-même, j'ai eu du mal à les suivre, c'est assez déplaisant* ».

Enfin, chez les jeunes adultes, le groupe traduit une relation d'entraide, de solidarité : « *s'il y en a un qui a des problèmes, les autres sont là* ». Chacun s'exprime comme il le souhaite, il n'y a pas de pression de la part du groupe : « *y'a pas de règles, c'est des petits challenges... on se met des petits défis, tiens j'aimerais bien faire ça et les autres suivent... c'est chacun son tour, celui qui se sent bien* ». Le groupe a aussi une meilleure visibilité par les piétons ou les voitures ; en cas de chute, les autres

sont là pour aider : « *si on a un bon groupe, il ne peut pas se passer grand chose... il y a cette notion de groupe qui fait qu'il y a comme une chape de sécurité pour tous les membres* ».

Les protections : un bilan très critique

Les critiques exprimées par les usagers à propos des protections sont liées à leur usage et à leur efficacité.

À l'usage, porter des protections constitue une gêne physique qui entrave les mouvements : « *on ne peut pas aller à l'extension complète, on ne peut pas faire une flexion, on sent qu'il y a quelque chose par dessus le vêtement* » ; « *ça gêne quand on veut faire des figures* ». Mettre les protections est une source de perte de temps, puis elles sont encombrantes et lourdes : « *c'est vraiment galère, il faut une demi-heure pour tout mettre* », « *et en plus, ça prend de la place... ça charge plus* ». Enfin, les protections font transpirer et certains pratiquants de roller critiquent leur mauvaise tenue.

Leur efficacité est sérieusement mise en doute quelle que soit la partie du corps protégée : « *c'est qu'anti-égratignures : je ne pense pas que cela puisse empêcher de se casser quelque chose, c'est trop localisé* ». Certains adeptes évoquent la dangerosité potentielle des coudières et genouillères, « *si le choc est dur, le plastique peut rentrer dans la chair* ». Ou encore, on craint le déplacement voire l'aggravation des lésions, des fractures : « *on ne va pas se pêter le poignet mais l'avant-bras* ». Aussi, on doute de l'utilité, d'autant que cela n'évite pas l'accident : « *certaines personnes qui en ont, ça leur arrive d'avoir des accidents : est-ce que c'est vraiment utile d'en mettre?* ». La fonctionnalité problématique des protections contraste très fortement avec l'image du roller. De plus, les pratiquants de roller ont besoin d'avoir des preuves de leur efficacité « *c'est comme pour l'airbag, faut que ce soit démontré par des faits, des tests, des témoignages... faudrait des normes* ».

Ainsi, le croisement des représentations associées au roller avec celles associées aux protections font apparaître des oppositions systématiques :

- le roller, lorsqu'il est chaussé, est en prolongement du corps, alors que les protections restent des objets exté-

rieurs, elles ne sont que rapportées : « c'est comme si on avait des prothèses » ;

- le roller offre une nouvelle mobilité et liberté, alors que les protections sont gênantes et entravent les mouvements : « dans la tête non plus, on n'est pas libre... c'est pas le style roller » ;

- la pratique du roller, une fois acquise, représente l'autonomie, alors que les protections signent la dépendance, l'apprentissage : « quand on fait la démarche d'apprendre, on se dit : je me lance, je n'ai plus de protections, j'y vais. C'est une autre démarche, c'est plus bénéfique, on apprend plus de choses, sinon on est un peu trop passif » ;

- la convivialité, l'entraide entre les pratiquants se trouvent limitées lorsqu'il y a les protections : « quand on est deux ou trois, on peut s'attraper par la main, avec les protège-poignets, c'est pas possible ».

Au-delà des critiques sur la fonctionnalité des protections, leur image négative – liée à l'inesthétisme – porte atteinte à l'image de soi. Les adolescents y sont particulièrement sensibles et finalement, ce risque d'atteinte à l'image de soi reste à l'œuvre chez l'adulte : « un copain qui va nous regarder avec les protections, il va dire : ah ben il ne se donne pas à fond, il n'assume pas son

roller, il a peur de se faire mal... ils vont l'insulter en rigolant mais quand même... », « une femme, en plus avec les protections, c'est la totale, elle perdrait toute sa féminité d'un seul coup, ça n'a rien d'esthétique ».

Le risque : une notion déterminante pour l'utilisation des protections

Au-delà des représentations, la notion de risque est rapportée. En effet, les adeptes distinguent parfaitement les causes et les conséquences de l'accident de roller : les collisions (avec les piétons, les chiens, les voitures), l'état du sol (pluie, bandes blanches, plaques, etc.) qui relèvent de l'imprévu ou les prises de risque (les chaussées en pente, les pratiques à risque : street², sauts, figures) entraînent des égratignures, déchirures, claquages, fractures du poignet et à un degré moindre, le coude, le coccyx, la rotule. Ainsi, on évoque des accidents survenus à des proches ou dont on a entendu parler : « j'ai une amie qui s'est cassé les coudes en tombant » ; « c'est vrai que c'est dangereux, y'a un organisateur qui s'est tué ».

Ainsi, dans l'état actuel des représentations associées au roller et aux

protections, leur utilisation est directement liée à la gestion du risque et cantonnée à deux extrémités : d'un côté, les débutants qui se reconnaissent en tant que tels et pour lesquels les protections constituent la « béquille » permettant d'apprendre un nouveau mode de motricité. À l'opposé, les professionnels qui défient les lois de l'équilibre et qui utilisent les protections pour réaliser les figures (par exemple, porter les genouillères pour tourner sur les genoux). La chute et les protections signent la maîtrise, le savoir-faire. Entre ces deux extrémités, on ne porte pas les protections, mais on gère le risque. Cette gestion est différente selon les groupes d'âges et les stratégies adoptées vont être fonction du niveau de pratique. Pour les débutants « confirmés » (l'équilibre est trouvé), la stratégie consiste à éviter le risque – par exemple éviter les pentes – voire à l'occulter selon le principe que l'accident n'arrive qu'aux autres. Pour les plus âgés, on négocie et on établit un compromis entre maîtrise et risque ; en revanche, pour les plus jeunes, on met en avant les risques pour mieux signifier la difficulté et les enjeux de la pratique sportive. On veut repousser les limites, « le jeu est d'aller voir jusqu'où on peut aller », « on

se sent plus fort que les autres, on arrive à mieux en faire que les autres ».

Aussi, l'utilisation des protections se révèle évolutive, car le pratiquant de roller se libère des protections au fur et à mesure de la maîtrise de l'équilibre. Mais leur utilisation est aussi partielle : lorsque les protections sont obligatoires (compétitions, roller park), lorsqu'il faut donner l'exemple à ses enfants, lorsque le pratiquant a pu vérifier l'utilité de la protection – « j'étais bien contente de les avoir ce jour-là » –, ou bien encore parmi les adolescents pratiquant le roller acrobatique.

Les stratégies pour la prévention

Le premier point sur lequel il semble important d'agir est la qualité des protections, de façon à faire évoluer leur image. En effet, la force de l'imaginaire roller, tant au niveau individuel que collectif, ne permet pas d'envisager une modification des représentations qui lui sont associées. En revanche, une modification des comportements pour convaincre les pratiquants d'utiliser des protections ne peut s'envisager que dans le cas d'une évolution des représentations afférentes aux protections. Les prochaines normes CE qui vont bientôt être données iront dans ce sens. Par ailleurs, dans l'histoire du roller, les protections sont toujours restées des objets périphériques, accessoires, au sein de l'offre. Dans les rayons des grandes surfaces, les protections sont rarement proposées à proximité des rollers. De même, les générations « anciennes » ont appris le patin à roulettes sans protections et, aujourd'hui, elles ne montrent pas l'exemple aux plus jeunes.

Ainsi, au-delà des preuves d'efficacité attendues, les futures protections devront préserver la liberté du corps, « qu'on ne les sente pratiquement pas », « quelque chose qui colle au corps, qui accompagne le mouvement ». Elles devront être pratiques, « que ce soit rapide à mettre et super-facile à défaire », légères et de tailles différentes. Les femmes attendent des protections invisibles ou intégrées aux vêtements, les hommes sont plutôt en attente de protections ostensibles. Les adeptes eux-mêmes imaginent des protections « fun », invisibles, anti-sudations. Enfin, de la même manière que l'offre est extrêmement variée pour les rollers, il

est tout à fait envisageable d'imaginer diverses gammes permettant à chacun de trouver son style.

L'intervention des pouvoirs publics pour l'établissement des normes sur les protections (3) et pour l'aménagement d'espaces dédiés au roller est vivement souhaitable. Aujourd'hui, l'absence de statut légal du pratiquant de roller (juridiquement associé au statut de piéton) continue d'inscrire l'univers roller en tant que « sport extrême ». Les adolescents et les jeunes adultes profitent en quelque sorte de cette non-reconnaissance institutionnelle pour conforter leur pratique, notamment le street, et alimenter le plaisir de la transgression.

Enfin, il semble nécessaire d'informer sur les risques auxquels s'exposent les pratiquants de roller et plus particulièrement sur les risques liés à la circulation en ville et sur le type d'accident lorsqu'il s'agit d'un débutant. En outre, des messages peuvent être relayés par les associations présentes sur le terrain ou par les distributeurs pour sensibiliser à la prévention.

Hélène Bourdessol

Chargée d'études au Comité français d'éducation pour la santé (Vanves).

1. Dix-huit entretiens individuels, trois réunions de groupe de 7-8 personnes dont un groupe constitué d'adeptes du roller portant des protections. Institut Adage. Étude « Protections rollers », novembre-décembre 2000, rapport dactylogr.

2. Street : pratique du roller qui nécessite d'utiliser le mobilier urbain pour réaliser des figures : un muret, une rampe d'escalier ou encore un banc sont utilisés pour réaliser des dérapages (appelés « slide » ou « grind ») ou des sauts. In : Moullec Y.L. L'impact du roller sur la ville. Mémoire de DESS, Institut français d'urbanisme, juillet 2000.

► Références bibliographiques

- (1) Thélot B., Nectoux M., Isnard H. et le Réseau français de surveillance des accidents de la vie courante. *Épidémiologie des accidents de roller en France (1997 à 1999)*. BEH 2001, n° 13 : 57-9.
- (2) *Épidémiologie des accidents de roller*. Dr André Lespine, service médical d'accueil, Hôpital Edouard-Herriot, Lyon.
- (3) Commission de la sécurité des consommateurs. *Avis relatif à la pratique du patin à roulettes (roller squad), du patin en ligne (roller in line) et de la planche à roulettes (skateboard)*. Paris, novembre 2000.

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n° 157 - mars 2001

Communication

Les fictions médicales, une ressource pour la promotion de la santé ?

par Solange Davin

Initiatives

Prévention et médecine générale

par Dr Patrick Trefois, Dr Pascale Jonckheer, Dr Jean Laperche

Pour en finir avec les inégalités sociales de santé

par Bernadette Taeymans

Les ambassadeurs de l'ombre Des femmes et des hommes.

Programme d'éducation affective, relationnelle et sexuelle destiné aux personnes déficientes mentales

par Jacqueline Delville, Michel Mercier, Carine Merlin

La santé mentale en 2001. L'OMS à la recherche de solutions

Locale

La Plate-forme des associations liégeoises de prévention du sida

par Chantal Leva, Elise Malevé

Alimenta-jeux

par Anaïs Carton

Réflexion

Investir en santé

par Danielle Piette

Éducation Santé est un mensuel gratuit, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro ou pour s'abonner : education.sante@mc.be

Les campagnes de prévention des accidents de sports

Les initiatives prises par le CFES et la Cnamts pour développer au niveau national des programmes abordant le problème des accidents de sports sont récentes. Le nombre annuel de traumatismes et l'émergence de nouvelles pratiques sportives justifiaient la tentative d'une large mobilisation sur cette question.

C'est en 1999 qu'un premier dispositif de communication sur la prévention des risques liés aux sports a été mis en œuvre par la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), en abordant les pratiques du roller, du skate et du VTT.

Roller, skate, VTT et protections

Le choix de ces sports peut surprendre. Ils ont été retenus parce qu'ils occasionnent une traumatologie particulière et que des moyens de protection existaient mais restaient peu employés. Il paraissait donc utile d'informer le public sur les risques spécifiques de ces sports qui sont à l'origine d'environ 55 000 accidents chaque année (source : Baromètre santé 2000). Mais rapidement d'autres enjeux sont apparus, ce programme s'appliquant à des activités sportives qui intéressent un nombre croissant d'adolescents et de jeunes adultes.

Ainsi, le nombre de pratiquants du roller, réguliers ou occasionnels, est estimé à cinq millions de personnes en France, dont deux millions en région parisienne. Ces sports sont accessibles au plus grand nombre, sans équipement coûteux ni entraînement contraignant ; leur pratique se situe le plus souvent à mi-chemin entre l'activité de loisir et le sport de détente, et pour quelques-uns seulement, de compétition. Pour le roller, c'est aussi un mode de déplacement important.

Ainsi, ces activités sportives qualifiées de *fun* ou encore de *glisse* marquent une rupture par rapport aux sports classiques tels que la bicyclette, le football, l'athlétisme, etc. ; elles mettent l'accent sur une démarche ludique et esthétique, sur l'équilibre et la maîtrise de soi, sur le mouvement en lien avec les éléments naturels, sur le partage des sensations, la proximité avec la nature, sur les sorties en groupe, sur un investissement d'espaces non prévus

initialement pour la pratique de ces sports (*voir article de H. Bourdessol*). Elles permettent d'aborder les notions de plaisir du sport, de respect de l'environnement, de mode de transport « doux » et d'éducation au risque, et de proposer des mesures de prévention impliquant chaque citoyen à plusieurs titres : comme pratiquant, comme parent éduquant son enfant, comme piéton ou automobiliste partageant le même espace de rue, comme membre d'une association proposant des sorties collectives, comme responsable de la sécurité routière et de l'aménagement urbain... Un tel contexte se révèle propice pour aborder le thème de la prévention des accidents, en proposant des démarches éducatives qui seront transposables à d'autres sports, voire à d'autres situations de vie.

La communication mise en place en 1999 s'est adressée préférentiellement aux jeunes, par la diffusion d'informations sur les radios nationales et régio-

nales tels que NRJ, Skyrock... Trois spots radio avaient pour objectif d'alerter sur les risques liés à la pratique du VTT, du roller et du skate-board, en délivrant quelques conseils simples de prévention et en renvoyant sur des flyers pour des informations plus complètes. Ces flyers ont fait l'objet d'un travail de collaboration avec des personnes pratiquant ces sports. Une première maquette s'est révélée être inadaptée aux goûts des adolescents et des professionnels, tant au niveau du texte que du graphisme ; en définitive, quatre dépliants ont été diffusés : trois flyers portaient sur le roller, le skate-board et le VTT, le quatrième sur les sports de glisse en général. Ils mettent en scène, de façon ludique, des conseils de prévention facilement repérables à l'aide de pictogrammes. Les dépliants ont été diffusés par encartage dans la presse jeune, dans les réseaux de terrain et via des partenariats avec des magasins et fédérations sportives.

Du bon usage du réglage des fixations de ski

Le ski est pratiqué par 7 millions de personnes en France ; il est à l'origine de 135 000 accidents par saison. L'entorse du genou est la lésion la plus fréquente dont l'une des formes les plus graves est la rupture du ligament croisé antérieur (LCA), qui concerne chaque année 16 000 personnes. Par une préparation physique et un réglage correct des fixations, ce risque d'entorse peut être réduit.

Un dispositif d'information a été mis en place en 2000, en partenariat avec la Cnamts, l'association Médecins de montagne et les professionnels du ski (*voir article de M.H. Binet*). Il comportait un volet grand public avec un spot télévisé diffusé en décembre 2000 montrant, de façon humoristique, ce que risque un skieur dont les fixations sont trop ou pas assez serrées. Parallèlement, une brochure d'information expliquant l'importance du

bon réglage des fixations et la manière de déterminer sa position de réglage a été diffusée à un million d'exemplaires par les loueurs/vendeurs de matériel de ski, les offices du tourisme, le Club Méditerranée et l'UCPA. Ces professionnels du ski ont été impliqués par l'intermédiaire de leurs instances professionnelles ; ils ont été destinataires d'une affichette reproduisant les tableaux de réglage de fixations conformément à la norme Afnor, facilitant ainsi un meilleur réglage lors de la préparation des matériels en atelier.

Une lettre intitulée *Prévention-éducation-santé*, rappelant l'importance de la préparation physique avant le départ, a été envoyée aux médecins généralistes et aux kinésithérapeutes, en les incitant à informer leurs patients sur ces mesures de prévention.

Perspectives d'avenir

L'éducation pour la santé, accompagnée de mesures passives (mise en place de normes pour les protections

de roller ou de nouvelles normes pour les fixations de ski par exemple), peut donc intervenir sur la prévention des accidents de sports à plusieurs niveaux et en collaboration avec différents acteurs : pratiquants de sports, parents et éducateurs, professionnels du sport et de la santé, éducateurs sportifs, animateurs de club, policiers urbains, maires et élus, fabricants de matériel... Elle peut contribuer à rendre plus sûr le comportement individuel, qui pourra mieux apprécier son niveau de risque, habituellement sous-estimé, et percevoir l'intérêt des mesures de prévention non pas comme des entraves ou des règles contraignantes mais comme un moyen pour oser davantage tout en évitant d'inutiles blessures.

Les actions engagées depuis quelques années seront poursuivies et complétées par la prévention des accidents de vélo. Elles s'adresseront préférentiellement aux jeunes, dans une triple perspective de respect de soi, de l'autre et de son environnement.

Les pratiques sportives sont très segmentées et très diversifiées ; si les notions de prise de conscience d'un risque, d'entraînement physique préalable et de bonne utilisation de dispositifs de sécurité sont des éléments applicables dans une majorité d'activités de sports et de loisirs, il reste nécessaire de développer des approches spécifiques par public et par sport. Les actions pour rendre plus sûr l'environnement seront également amplifiées, portant à la fois sur l'accessibilité et l'amélioration des matériels de protection.

Ce programme est engagé pour plusieurs années. Ses résultats dépendront en partie de la capacité des différents acteurs locaux à prendre des initiatives diversifiées et à conjuguer ainsi leurs efforts pour diminuer le nombre de ces accidents évitables.

Michel Dépinoy

Délégué général adjoint
du CFES, Vanves.

Le réseau d'épidémiologie de Médecins de montagne et la prévention des accidents de sports d'hiver

Depuis près de dix ans, le réseau d'épidémiologie de Médecins de montagne a analysé 250 000 blessés sur les pistes. Victime numéro un : le genou ; principal coupable : des fixations mal réglées. Un des remèdes : une amplification de la campagne d'information de l'an passé.

Trois cents médecins exercent en stations de sports d'hiver en France. Créée en 1953, l'association Médecins de montagne rassemble plus de deux cents de ces praticiens dans le but :

- d'améliorer la qualité des soins en station ;
- de défendre les aspects spécifiques de la pratique médicale en montagne ;
- de conduire des études épidémiologiques afin d'améliorer la prévention des accidents.

Elle a créé un réseau d'épidémiologie d'envergure nationale. Soixante-douze médecins sont membres du Réseau médical d'observation du risque à ski de Médecins de montagne. Les médecins sont répartis dans cinquante-deux stations de sports d'hiver du territoire français (Alpes, Pyrénées, Jura). Depuis son informatisation en 1992, le réseau d'épidémiologie de Médecins de montagne a analysé plus de 250 000 blessés sur les pistes.

Le réseau bénéficie d'un engagement très important des services des pistes, en particulier au sein de treize stations qui constituent la population témoin. Le réseau a également le soutien logistique de partenaires du milieu de la santé et de l'industrie du ski.

La mesure et l'analyse des risques

Chaque blessé traité fait l'objet d'une observation sur une fiche de recueil standardisée et informatisée. Cette fiche

adoptée par l'ensemble des praticiens permet de recueillir des items concernant les circonstances de l'accident, le type de sport pratiqué, la prise en charge ou non par un service de secours. Le verso permet au médecin d'indiquer son diagnostic et le type de traitement prévu. Les données sont traitées en respectant l'anonymat. Les diagnostics sont posés sur des critères cliniques avec, pour seul examen complémentaire en station, la radiographie. Les examens sont réalisés dans l'immense majorité des cas après un laps de temps très court suivant le traumatisme initial, ce qui explique la validité de l'examen clinique.

Pour analyser la population de blessés et mesurer le risque de chaque catégorie de pratiquants, il faut une population témoin représentative. C'est ainsi que l'on peut analyser comparativement les risques statistiques de chaque catégorie de pratique ou de tranche d'âges. La population témoin est étudiée chaque saison par comptage au pied des pistes et par recueil de questionnaires-interviews : l'analyse des résultats permet de connaître, chaque année, la structure et les habitudes (nombre de jours de pratique, type d'équipement, etc.) de la population exposée au risque.

La victime : le genou

Sept millions et demi de personnes pratiquent chaque saison, en France, un

sport d'hiver. Le risque d'accident aux sports d'hiver est stable depuis une dizaine d'années : il est de 2,5 accidents pour 1 000 journées de ski.

Plus de 30 % des skieurs blessés présentent une entorse du genou et plus d'une femme blessée sur quatre est victime d'une entorse grave du genou. Tous les niveaux de pratique sont touchés, du débutant au compétiteur, en passant par les skieurs de loisirs et les professionnels (pisteurs, moniteurs). Les 16 000 ruptures annuelles représentent 820 000 journées d'arrêt de travail. Les coûts estimés des soins médicaux et arrêts de travail sont annuellement de 1,3 milliard de francs.

Il y a vingt ans, les accidents de ski étaient surtout des fractures. Les fixations de ski ont été développées et améliorées pour protéger contre le risque de fracture de jambe. Aujourd'hui, l'évolution du matériel, plus particulièrement des chaussures, fait que la transmission des forces de torsion a lieu maintenant au niveau du genou.

Les entorses du genou touchent plus les femmes : c'est un phénomène bien connu en traumatologie du sport. Des raisons anatomiques sont en cause : la morphologie du genou en X (*genu valgum*) et l'hyperlaxité ligamentaire, plus fréquente chez la femme. Chez la femme, la protection musculaire du genou est plus faible que chez l'homme.

La sécurité du matériel

Dans le cas particulier du ski, le réglage des fixations est en cause. En effet, les normes jusqu'en 2000 ne prévoyaient pas de réglage différencié en fonction du sexe.

La fabrication et le réglage des fixations répondent à des normes clairement définies. Elles sont cependant peu appliquées, car peu connues, même chez les professionnels : loueurs et vendeurs de matériel. La France est en effet l'un des rares pays où l'on skie beaucoup, mais où le public n'a jamais été informé de l'existence de telles normes ni de la nécessité de les appliquer.

L'évolution récente du matériel :

- en matière de fixation : des fixations multidirectionnelles ont récemment été mises sur le marché. Ces fixations n'ont pas encore fait la preuve d'une quelconque réduction des taux d'entorses du genou ;
- en matière de ski : la nouveauté est le ski dit parabolique qui permet une meilleure conduite des courbes ; il semble responsable de bon nombre de

lésions ligamentaires du genou. En matière d'interface ski-fixations, c'est l'apparition chez les compétiteurs des plaques situées entre chaussure et fixation qui ont pour effet d'augmenter le bras de levier. Ces accessoires se sont révélés dangereux chez le skieur de compétition et la Fédération internationale a déjà réagi pour limiter leur hauteur.

Les chiffres des dernières saisons n'ont pas montré d'évolution notable avec les dernières générations de fixations, les skis dits paraboliques auraient plutôt tendance à accroître encore le risque de survenue d'une entorse de genou. Chez les compétiteurs, les taux de ruptures et leur survenue de plus en plus précocement sont inquiétants. Ces constatations ont motivé un groupe de travail de l'Afnor à proposer une modification de la norme Iso de réglage des fixations : un fascicule de documentation a été publié sous le n° FD S 52-748. Il permet une diminution de 15 % de la valeur des réglages chez la femme et chez les hommes de moins de 49 kg, une diminution de 5 % chez les hommes de 49 à 57 kg.

Une meilleure définition du type de skieur a été établie. Ce paramètre correctif était trop souvent confondu avec le niveau de ski, débutant, débrouillé, expert.

Cinq types de skieurs sont définis, par exemple : le skieur de très bon niveau, avec un ski souple et coulé, privilégiant la pratique sur des pistes damées et avec une exigence de sécurité importante, est de type 1 qui doit être réglé sur la norme de base. À l'inverse, un skieur agressif avec des rattrapages fréquents, un style heurté, est de type 2 et doit être réglé 15 % au-dessus de la norme. Le débutant vrai de moins de sept jours de pratique est de type - 1 ; il doit être réglé 15 % en-dessous de la norme, soit pour la femme débutante 30 % de baisse par rapport à l'actuelle norme Iso.

L'éducation du skieur

Jusqu'à présent, les mesures de sécurité étaient essentiellement passives. Elles concernaient la sécurité des pistes, le matériel, etc., mais elles n'impliquaient pas beaucoup les usagers. Il est apparu important de sensibiliser le skieur, de le responsabiliser, afin qu'il se prenne mieux en charge au niveau de sa sécurité. C'est pourquoi l'association Médecins de montagne a lancé une campagne d'information à l'attention du grand public en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) (voir article de M. Dépinoy).

La campagne répondait à deux objectifs :

- informer les professionnels en charge du réglage des fixations de skis des nouvelles normes émises par l'Afnor ;
- informer les skieurs afin qu'ils puissent obtenir, en toute connaissance de cause, un réglage adapté et sécurisant de leurs fixations.

L'évaluation de la campagne a été effectuée :

- auprès des professionnels et des organisateurs de voyages tels que UCPA et Club Med. L'objectif a été de mesurer la façon dont la campagne a été perçue auprès des professionnels de location de matériel de sports d'hiver. La méthode choisie a été celle d'une enquête téléphonique effectuée à partir d'un questionnaire. L'enquête a été attribuée à un échantillon représentatif de 240 professionnels du ski ;
- sur le terrain, par une enquête auprès d'une population témoin : le but a été de mesurer l'impact en matière de réglage des fixations et de vérifier s'il existe des différences dans le taux de réglage des fixations par rapport aux années précédentes (trois ans de recul). Cette enquête permet aussi de savoir si les utilisateurs des pistes ont vu le spot et/ou ont déjà eu en main le dépliant sur le réglage des fixations (ou vu l'affichette) et si oui, par quel canal (magasin de sport, office du tourisme, médecin de montagne ou autre) ? ;
- par analyse de l'évolution épidémiologique : le réseau Médecins de Montagne poursuit l'enrichissement de sa base de données avec le suivi comparatif, saison après saison, des marqueurs traumatiques en ski alpin.

Dans le cadre de l'évaluation de l'impact de la campagne, ont été particulièrement étudiés :

- le taux d'incidence des lésions du ligament croisé antérieur (LCA) chez l'adulte, en particulier chez la femme ;
- l'ensemble des lésions du membre inférieur pouvant être influencées par le réglage des fixations comme les autres entorses du genou (ligament latéral interne – LLI) ou les fractures de jambe et de cheville (en particulier chez l'enfant).

Les premiers résultats de l'évaluation¹ font apparaître plusieurs éléments :

- qu'au niveau du grand public, la cam-

pagne a été très bien perçue. La pénétration du spot télévisé est étonnante, ce sont plus de 40 % de la population ciblée qui ont été touchés. Pourtant, le spot n'a été diffusé qu'en décembre. La distribution des dépliants a été moins efficace ; en effet, seuls 4 % de skieurs l'ont obtenu. On peut s'interroger sur le mode de diffusion via les magasins de sports, il est probable que ce ne soit pas le meilleur moyen de toucher le grand public ;

- en ce qui concerne l'impact sur les professionnels, plusieurs aspects sont à envisager : la connaissance de la campagne, le fait qu'il s'agisse de nouvelles normes à appliquer et leur réel usage sur le terrain. L'impact a été excellent, puisque plus de 90 % des professionnels ont eu connaissance de la campagne. En revanche, la connaissance des normes antérieures et leur application étaient si mauvaises que l'acceptation de ces nouvelles mesures a été peu consistante cette première année. Des réunions sur le terrain au cours de la saison d'hiver, en présence des responsables de la profession et des fabricants, ont apporté une amélioration importante. Il faut remarquer que plus de 50% des professionnels signalent une demande accrue du public pour le réglage personnalisé. Plus d'un tiers des professionnels reconnaissent avoir modifié leurs habitudes de réglage.

La synthèse de fin de saison a permis de dégager des axes pour la saison à venir qui s'appuieront surtout sur une meilleure formation des responsables de magasins et personnels techniques. Les réglages réels ont été modifiés pour une meilleure homogénéité dans le sens ou les réglages aberrants qui s'éloignaient le plus des recommandations ont tendance à diminuer de manière très significative. L'impact sur l'épidémiologie est assez surprenant puisque, malgré un faible pourcentage de nouveaux réglages dans la norme, on perçoit une diminution assez nette des lésions sensibles au déclenchement des fixations. Cette constatation mérite une analyse approfondie, mais en dehors des variations météorologiques et de conditions de neige, il est probable que cette diminution soit due au fait que la campagne a alerté professionnels et public, et qu'une meilleure vigilance a été observée dans des réglages qui, jusque-là, étaient souvent pifométriques.

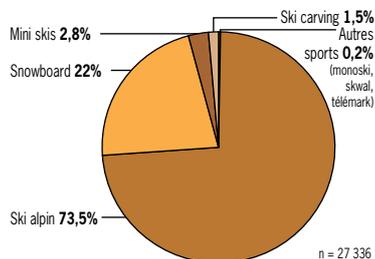
Perspectives

La campagne a donc eu des effets bénéfiques très significatifs dès cette saison. Les professionnels et le grand public l'ont approuvée et sont volontaires pour qu'elle se développe lors des prochaines saisons. À l'avenir, cette campagne devra pro-

1. Laporte J.D., Binet M.H., Pidou V., Baudru C. Évaluation de la campagne de réglage des fixations 2000-2001 par Médecins de montagne. CFES/Cnamts, document disponible au CFES : 38 p. + annexes.

Répartition par sport

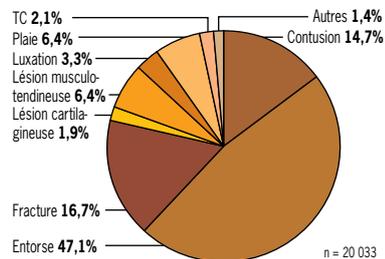
(Saison 1999-2000)



Le ski alpin représente encore la majeure partie des blessés aux sports d'hiver et le snowboard, à lui seul, près d'un quart. On note, depuis l'année 2000, un pourcentage non négligeable de blessés en mini-skis (ou skiboard).

Lésions en ski alpin

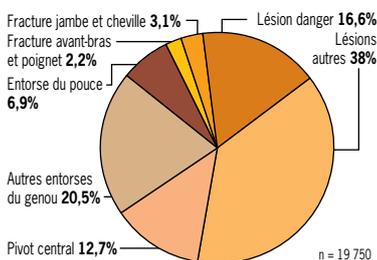
(Saison 1999-2000)



En ski alpin, les lésions ligamentaires sont loin devant les fractures.

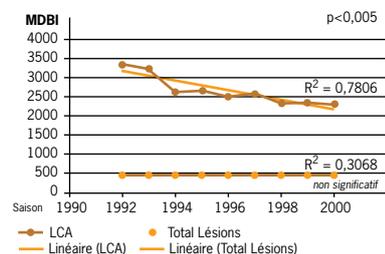
Marqueurs traumatiques en ski alpin

(Saison 1999-2000)



Les marqueurs traumatiques sont le rassemblement de lésions types qui permettent de caractériser un sport. Les « lésions dangers » représentent des localisations traumatiques à risque : colonne – bassin – thorax. En ski alpin, les lésions ligamentaires du genou sont très majoritaires.

Évolution du risque de rupture du LCA et du risque global en ski alpin depuis 1992



L'évolution depuis 1992 en MDBI (*Mean day between injury* : nombre de jours moyen entre deux blessures) montre une remarquable stabilité du risque en ski alpin ; en revanche, le nombre de jours moyens entre deux ruptures de LCA ne cesse de baisser, ce qui signifie une augmentation régulière de ce risque.

Bibliographie

- Bailly A.. Laboratoire de mécanique appliquée, P.F.L. Suisse. *Enquête 1995 sur le réglage des fixations de ski en Suisse*. Abstract XXII^e Congrès International, SITEMSH, 24-28 avril 1996, La Plagne.
- Binet M.-H., Laporte J.-D., Constans D. *Évolution et perspectives de la traumatologie des sports de glisse*. Rev. Franc. dommage corp. 1995 ; 1 : 67-73.
- Crawford R.P., Mote C.D. Jr. Ski Binding Minimum Retention Requirements. In : *Skiing Trauma and Safety: Eleventh Volume*, ASTM STP 1289, Johnson R.J., Mote C.D. Jr., Ekeland A. (eds.). American Society for Testing and Materials, 1997 : 93-108.
- Ettlinger C.F., Shealy, J.E., Johnson R.J. *Latest developments in the investigation of knee injury mechanisms in alpine skiing*. Skiing Trauma and Safety: Twelfth International Symposium on Skiing Trauma and Safety, Whistler/Blackcomb, B.C., May 1997. Abstract book : 68 p.
- Genin J., Binet M.-H., Laporte J.D., Constans D. *Les accidents de sports d'hiver pris en charge par les médecins de station, à propos de 26 272 blessés (saison 1996-1997)*. Journal de traumatologie du sport, Paris : Masson, 1998 ; 15 : 85-90.
- Greenwald R.M., France E.P., Rosenberg T.D., Toelcke T. Significant Gender Differences in Alpine Skiing Injuries: a Five-Year Study. In : Mote C.D. Jr, Johnson R.J., WolfhartHauser, Schaff P.S. (eds). *Skiing Trauma and Safety: Tenth Volume*, ASTM STP 1266. American Society for Testing and Materials, 1996 : 36-44.
- Greenwald R.M., Toelcke T. Gender Differences in Alpine Skiing Injuries: A profile of the Knee-Injured Skier. In : Johnson R.J., Mote C.D. Jr, Ekeland A. (eds). *Skiing Trauma and Safety: Eleventh volume*, ASTM STP 1289. American Society for Testing and Materials, Philadelphia, 1997 : 111-21.
- Johnson R.J., Ettlinger C.F., Shealy J.E. Skier Injury Trends: 1972-1994. In : Johnson R.J., Mote C.D. Jr, Ekeland A. (eds). *Skiing Trauma and Safety: Eleventh volume*, ASTM STP 1289. American Society for Testing and Materials, Philadelphia, 1997 : 37-48.
- Shealy J. E., Ettlinger C. F. Gender-Related Injury Patterns in Skiing. In: *Skiing Trauma and Safety: Tenth Volume*, ASTM STP 1266, Mote C.D. Jr, Johnson R.J., WolfhartHauser, Schaff P.S. (eds). American Society for Testing and Materials, 1996 : 45-57.

bablement prévoir un volet destiné au grand public en l'informant de ses responsabilités : choix du type de skieur pour le réglage, préparation physique adaptée et connaissance des signes de fatigue musculaire.

Pour les professionnels, la participation active à la formation continue, la présence à des salons spécialisés, la présence dans les médias spécialisés seront le gage d'une application rigoureuse des nouvelles normes. La France fait

ainsi figure de pionnier au niveau international, puisque ces normes Afnor sont en passe d'être étendues à d'autres pays grâce aux résultats bénéfiques qu'elles ont déjà apportés.

D^r Marc-Hervé Binet

Président de l'association
Médecins de montagne,

D^r Jean-Dominique Laporte

Vice-président de Médecins de montagne,
Chambéry.

Dos, ados et sport : des relations ambiguës

Réaliser une plaquette sur la prévention du mal de dos lors des activités sportives des adolescents relève d'une démarche si ce n'est paradoxale, du moins périlleuse : les activités sportives trop intenses ou mal réalisées peuvent avoir des conséquences néfastes pour le dos au même titre que le manque d'activité physique est de plus en plus souvent pointé comme une lacune majeure de nos sociétés, favorisant l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et même le mal de dos.

jeunes à des risques spécifiques liés à une fragilité naturelle : à la puberté, la croissance vertébrale s'accélère, creusant un écart avec la croissance musculaire et avec la maturité osseuse qui ne s'achève que plus tard.

Comment alors faire en sorte que le sport ne soit pas un facteur néfaste, mais reste au contraire un facteur positif pour la santé du dos ? En effet, si la pratique sportive est parfois source de traumatismes pour le dos, elle peut être aussi tout à fait bénéfique lorsqu'elle respecte les fragilités naturelles des jeunes et qu'elle s'adapte à leur croissance. Dans cette optique, elle peut même être synonyme de véritable éducation corporelle et se révéler préventive (3).

Un document à l'intention des encadrants sportifs

Sur la base des deux premiers constats (importance conjointe des activités physiques et de maux de dos à l'adolescence) et en interrogeant le rôle spécifique de l'encadrant sportif dans la prévention du mal de dos, l'Association d'éducation pour la santé du Rhône, le CFES, la Cnamts et le ministère de la Jeunesse et des Sports ont réalisé la plaquette *Sport, ados et dos*. Le choix a été fait, par ce document de prévention, de s'adresser aux encadrants des clubs sportifs plutôt qu'aux professeurs d'éducation physique et sportive de l'Éducation nationale pourtant plus familiers aux démarches d'éducation pour la santé ? Cette action de prévention

était, en effet, précisément l'occasion de toucher une sphère peu investiguée par l'éducation à la santé : le mouvement sportif au travers des fédérations, ligues et clubs sportifs.

La réalisation de cette brochure s'est appuyée sur une enquête qualitative préalable auprès d'une dizaine d'encadrants sportifs de qualifications et de spécialisations sportives diverses (brevets d'état, brevets fédéraux, Bapaat (brevet d'aptitude professionnelle d'assistant animateur technicien) et Bafa (brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur), aviron, badminton, métiers de la forme, etc.) (4).

Cette investigation a consisté à recueillir des éléments :

- de connaissances : quelles connaissances les encadrants ont-ils du problème du mal de dos ?
- de pratiques : sur le terrain, les encadrants font-ils de la prévention et comment ?
- d'interrogations : quelles questions les encadrants se posent-ils concernant le mal de dos (en lien ou non avec la pratique sportive) ?
- d'attentes et de besoins : qu'attendent-ils d'un document de prévention du mal de dos ?

L'objectif était de pouvoir ensuite élaborer un document qui soit le plus en adéquation et le plus cohérent possible avec les pratiques du public ciblé, en l'occurrence les encadrants sportifs.

Jusqu'ici les pratiques de prévention du mal de dos en France se sont peu intéressées à l'activité sportive des adolescents... et pourtant :

- les adolescents sont des consommateurs importants d'activités physiques et sportives : plus de quatre ados sur cinq ont une activité sportive, plus d'un sur deux étant licencié dans un club (1) ;
- ils sont également très touchés par le mal de dos, puisqu'un tiers des 12-19 ans déclare avoir souffert du dos dans les trente derniers jours (2). La période de l'adolescence expose les

► Références bibliographiques

- (1) *La pratique sportive licenciée en France*. Mission Banque de données, direction des Sports, ministère de la Jeunesse et des Sports.
- (2) Arwidson P., Gautier A., Guilbert Ph. Douleurs, consommation de soins et médicaments. In : Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F. (sous la dir.). *Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves CFES, coll. Baromètres, 1999 : 270.
- (3) *Sport et mal de dos chez les adolescents : lombalgies d'origine sportive, risques et accidents sportifs, prévention*. *Revue de la littérature scientifique*. Document dactylographié, Lyon : Ades du Rhône, 1997.
- (4) *Sport et mal de dos chez les adolescents : enquête auprès d'encadrants d'activités physiques et sportives*. Document dactylographié. Lyon : Ades du Rhône, 1997.

De l'enquête au document de prévention

Les principaux éléments à retenir de l'étude sont les suivants :

- la question de la santé en général préoccupe les encadrants à deux niveaux :
 - très concrètement par rapport à des techniques à utiliser (étirements, échauffements, etc.), aux plaintes exprimées par les sportifs, à la nécessité d'adapter le contenu et le dosage des séances au type de public ;
 - dans leur philosophie même du sport, qu'ils considèrent comme un facteur de santé, de bien-être, d'hygiène de vie et de développement pour les jeunes ;
- le problème du mal de dos concerne la majorité des encadrants qui sont parfois personnellement touchés ou qui sont confrontés aux plaintes du public au cours des séances ;
- la pratique sportive est spontanément considérée comme un facteur positif pour le dos voire préventif du mal de dos. Chacun souligne tout de même le caractère potentiellement « dangereux » du sport pour le dos lorsque certains principes ne sont pas respectés (pratique sans conseils, mauvaise technique, mouvements violents, pratique trop intensive). Plusieurs facteurs sont liés, pour les encadrants, aux notions de « sport-santé du dos » ou de « sport-mal de dos ». Parmi ces facteurs : le rôle de la musculation, de la position, du geste,

de l'échauffement, des étirements etc. Ces questions ont ainsi été largement abordées dans le document ;

- les encadrants interrogés ont aussi exprimé leurs attentes et leurs besoins par rapport à un document de prévention. Besoin :
 - d'éléments concrets, pratiques (exercices, postures),
 - d'éléments de physiologie, d'anatomie,
 - d'éléments de connaissance et de compréhension du phénomène du mal de dos chez les adolescents,
 - de trouver, dans le document, une résonance par rapport à sa pratique.

Tisser des liens avec le milieu sportif

Les paradoxes, les ambiguïtés et les difficultés pointées lors de la réalisation de cette brochure n'ont rien d'exceptionnels. Ils touchent à la complexité de toute démarche d'éducation pour la santé dès lors qu'elle s'aventure à quitter la seule rationalité biomédicale et son lot de recommandations pour comprendre sur quoi se fondent les comportements et les pratiques. Ainsi, avons-nous essayé de travailler avec et pour des encadrants sportifs en les questionnant sur la façon dont ils organisaient leurs pratiques. Mais nous n'avons pas travaillé avec les destinataires de ces pratiques (les adolescents eux-mêmes) autrement qu'avec la littérature dont nous disposons sur le sujet. Il s'agit là sans aucun doute d'une

lacune et les excuses de moyens et de délais disponibles ne contenteront pas les défenseurs (légitimes !) d'une orthodoxie de la démarche participative.

Un travail avec des adolescents pratiquant des activités sportives nous aurait certainement conduit à nous départir davantage de certaines formes prescriptives encore présentes dans la brochure. Nous faisons ici confiance dans les capacités d'écoute et d'attention des encadrants pour adapter leurs pratiques aux besoins et aux capacités de leurs publics. Une part importante de notre attention réside même dans ce lien nouveau que cette brochure pourra tisser avec ces éducateurs sportifs, peu ciblés et peu formés jusqu'alors aux questions de santé. Leur rôle en la matière s'étend pourtant très au-delà de la seule lutte contre le dopage, ou de la pratique sportive comme prévention dérivative (d'ailleurs très discutable...) des conduites toxicomaniaques. Seule une évaluation de l'utilisation de la brochure pourra préciser si cet objectif secondaire sera atteint, tout comme l'objectif principal d'amener à des pratiques sportives qui prennent en compte l'économie du dos.

Isabelle Lagrut

Chargée de projet,

Alain Douiller

Directeur,

Association d'éducation pour la santé du Rhône, Lyon.

La CSC et la prévention des risques liés aux activités de sports et de loisirs

Groupe soumis à des risques spécifiques, enfants et adolescents constituent une population dont la Commission de la sécurité des consommateurs (CSC) a régulièrement à connaître à travers les saisines dont elle fait l'objet. Si nombre d'autres organismes investis d'une mission d'étude et/ou de prévention interviennent dans ce champ, la particularité de la Commission tient à la fois aux missions qui lui ont été confiées par le législateur, à son organisation et à ses modes d'intervention.

À l'instar de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) dans le domaine du contrôle des traitements automatisés d'informations nominatives ou du Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) dans le domaine de la régulation des médias, la CSC est une autorité administrative indépendante chargée de vérifier la conformité aux exigences essentielles de sécurité des produits ou services. Cette qualification reconnue par le Conseil d'État lui permet d'assurer ses missions dans la plus totale indépendance dès lors qu'aucune tutelle ne pèse sur elle (*voir encadré 1*).

Depuis sa création, la Commission a émis plus de 250 avis dont beaucoup concernent l'enfance et l'adolescence pour les questions de sport et de loisir. Ces avis résultent soit de saisines de particuliers, de personnes morales ou des autorités judiciaires soit, en cas de danger reconnu ou pressenti, d'auto-saisines (*voir encadré 2*). Ceux-ci sont rassemblés dans un rapport public annuel remis au Président de la République et aux membres du parlement.

La prévention des accidents et des risques

Dans le cadre de ses activités préventives et consultatives, la CSC a proposé à de multiples reprises des mesures concernant la sécurité des enfants et des adolescents. Les quelques exemples qui suivent, pris

parmi les avis des toutes dernières années, illustrent la diversité de son champ d'investigation.

Les accidents d'enfants ou d'adolescents dont la Commission a à connaître concernent des catégories de produits ou services :

- qui leur sont totalement ou non exclusivement destinés (jouets, objets de puériculture, articles de sport, piscines, équipements de protection individuels, etc.);
- qui présentent des risques non couverts par la réglementation ou la normalisation, mais néanmoins raisonnablement prévisibles ou, au contraire, qui sont conformes aux normes ou à la réglementation, les insuffisances tenant à l'incomplétude ou à l'obsolescence de ces textes ;
- qui peuvent, par leur présentation,

entraîner des risques de confusion dans l'esprit du consommateur sur leur qualité intrinsèque.

Quelques produits ou services à risque

La prévention des noyades

La noyade constitue une des principales causes d'accident domestique chez l'enfant de moins de 5 ans. La Commission s'est penchée à deux reprises, en 1999 et en 2000, sur les dangers des piscines privées enterrées ou hors sol. En raison du nombre élevé et constant d'années en années des accidents de jeunes enfants (32 enfants de moins de 5 ans décédés en 2000), elle a notamment recommandé l'installation obligatoire de dispositifs de sécurité normalisés (barrières de sécurité)

autour des bassins. Elle a également été à l'origine de la campagne de prévention des noyades dans les piscines et autres points d'eau, qu'elle a conduit en 2000, durant la saison estivale, avec différents partenaires dont les représentants des administrations concernées.

La prévention des accidents de ski

Avec plus de 100 000 interventions des services de secours et une cinquantaine de décès enregistrés chaque année, le ski constitue une pratique potentiellement à risque pour l'enfant et l'adolescent. Dans un avis relatif à la sécurité des pistes de ski du 2 décembre 1999, la CSC a recommandé une batterie de mesures dont la plus concrète a été la mise en place d'une norme sur la signalétique des pistes qui sera effective en 2002 : on sait, en effet, que la principale source d'accident à ski est la collision et que la circulation dans le domaine skiable, avec plus de 7 millions d'usagers des pistes chaque année, s'apparente beaucoup à celle du trafic routier. L'avis de la CSC a donné naissance là encore à une campagne de prévention des accidents de ski que la CSC coordonne chaque année avec différents partenaires. Cette campagne complète les efforts entrepris sur ce terrain, en particulier par le CFES et la Cnamts.

Les imitations de produits à risque

Les armes factices

Consciente du danger que présentent les imitations d'armes, en particulier pour les jeunes, du fait d'accidents et des problèmes que posent leur détention dans des lieux publics, la Commission a rendu le 2 octobre 1996 un avis recommandant notamment que les armes factices n'entrent pas dans le champ d'application des décrets relatifs aux armes et aux jouets, et que la vente aux mineurs en soit interdite, celle-ci n'étant autorisée que dans des magasins préalablement agréés.

À la suite de l'avis de la Commission, les pouvoirs publics ont pris un arrêté d'urgence suspendant, pour une durée d'un an reconductible, la mise sur le marché de certains de ces produits.

Les coffres à jouets

À la suite d'accidents mortels consécutifs à l'utilisation de produits conçus et vendus comme coffres de rangement

Encadré 1 : Les missions de la Commission

Instituée par la loi n° 83-660 du 23 juillet 1983 relative à la sécurité des consommateurs (codifiée aux articles L 224-1 et suivants du code de la consommation), la CSC est un organisme composé de quinze membres nommés pour trois ans renouvelables une fois et répartis en quatre collèges :

- trois magistrats désignés par leur premier président respectif (Conseil d'État, Cour des comptes, Cour de cassation) ;
- trois représentants des organismes professionnels choisis par le ministre de la Consommation sur proposition du Conseil national de la consommation ;
- trois représentants d'associations nationales de consommateurs, désignés selon la même procédure ;
- six personnalités choisies à titre d'experts (représentant le Conseil national de l'ordre des médecins, le Centre scientifique et technique du bâtiment, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, etc.).

La Commission est présidée par une personnalité nommée pour cinq ans, renouvelables une fois, par décret en conseil des ministres. Un commissaire du gouvernement, désigné par le ministre chargé de la Consommation, participe aux délibérations de la Commission.

La Commission a été investie d'une triple mission par le législateur :

1. Participer au recensement et à l'étude de toute cause d'accident ou de risque.

Le recensement consiste à identifier les accidents et les causes de situations à risques. Cette mission a pour source principale les enquêtes épidémiologiques, les études et les recueils de données statistiques réalisés par les institutions nationales ou les réseaux œuvrant en matière de prévention de santé et de secours (Cnamts, InVS, Inserm, centres antipoisons, structures hospitalières, Samu, etc.) ainsi que les résultats de recensements ou de tests de produit effectués par des organismes tels que l'Institut national de la consommation ou des laboratoires indépendants comme le Laboratoire national d'essais. La Commission dispose ainsi d'un système d'informations lui permettant de mesurer l'ampleur réelle de tel accident ou tel risque particulier dont elle est saisie avec les statis-

tiques d'accidents détenus par les organismes précités.

2. Proposer toute mesure curative ou préventive aux pouvoirs publics ou aux professionnels au plan national et/ou communautaire.

La Commission, qui ne dispose pas d'un pouvoir réglementaire, émet des avis consultatifs destinés aux pouvoirs publics et aux professionnels sur les produits et les services susceptibles d'occasionner des risques physiques pour les consommateurs. Dans ces avis, elle peut recommander librement toute mesure qui lui paraît appropriée pour prévenir les risques futurs.

Elle doit être également saisie par les pouvoirs publics de tout projet de décret fixant les exigences de sécurité d'un produit ou d'un service dès lors que ce texte est pris sur la base du code de la consommation.

3. Informer les consommateurs et les acteurs du monde de la sécurité.

Enfin, mais cette mission prend de plus en plus d'importance, la Commission a pour mission d'informer ou d'alerter le public chaque fois qu'elle l'estime nécessaire.

Pour assurer cette mission d'information, la Commission a mis en place cinq outils majeurs :

- des campagnes de sensibilisation sur la prévention de risques majeurs qu'elle conduit avec des partenaires publics, parapublics et parfois privés, de façon à fédérer les moyens d'intervention ;
- des communiqués de presse qui, relayés par les médias nationaux ou régionaux, permettent d'alerter et d'informer le grand public en cas de danger grave ou immédiat présenté par tel ou tel produit ou service. Ils annoncent ou complètent les avis rendus ;
- des fiches pratiques qui traitent des situations des produits à risques et délivrent des conseils à suivre avant l'achat ou lors de leur utilisation ;
- un site internet : www.securiteconso.org permettant la consultation des fiches, publications et avis produits par la Commission, et qui fonctionne en réseau avec d'autres sites nationaux ou européens de consommateurs ;
- une lettre d'information bimestrielle sous forme de dossiers thématiques, principalement destinés aux professionnels et acteurs des milieux sociaux, médicaux ou éducatifs, mobilisés par l'information et la prévention.

Encadré 2 : Les modes d'intervention de la CSC

Les saisines de la Commission

Les saisines « simples » proviennent pour la plupart des consommateurs, souvent relayées par des associations nationales ou locales de consommateurs (ce qui est souvent le cas par exemple pour la sécurité de certains articles de puériculture tels que poussettes ou sièges auto ainsi que pour des jouets ou articles de sport défectueux), ainsi que d'administrations ou de représentants du corps médical.

Peu connue des autorités judiciaires, la CSC est rarement sollicitée par celles-ci. Citons néanmoins en 1999 une saisine judiciaire relative à un accident mortel lié à l'utilisation d'un quad (quadricycle à moteur) et qui a donné lieu, compte tenu du nombre d'accidents recensés et de l'absence de norme sur ce type d'engin motorisé, à un avis de la Commission.

Un exemple d'auto-saisine sera fourni par la prise en compte par la CSC, en 1999, d'un nombre élevé d'accidents liés à la pratique du roller et du skate-board.

Une procédure d'analyse contradictoire

Destinés à alerter les professionnels sur tout risque et danger, et à proposer toute mesure afférente, les avis de la Commission sont pris au terme d'une étude juridique et technique qui s'accompagne d'une procédure contradictoire permettant d'entendre les acteurs économiques concernés (fabricants, distributeurs),

les administrations compétentes et les experts.

Le travail du rapporteur d'un dossier n'est pas sans évoquer celui « d'un juge d'instruction » des produits ou des services. Lors de ses séances plénières, la Commission :

- vérifie le bien-fondé des requêtes de toute origine parvenues au secrétariat général ;
- nomme un ou plusieurs rapporteurs selon la complexité du dossier.

Le ou les rapporteurs aidés d'un ou plusieurs conseillers techniques « entendent » toute personne, autorité ou organismes utiles à la compréhension du danger éventuel lié à l'utilisation du produit ou du service incriminé. Les propos tenus lors de l'audition sont consignés dans un procès-verbal d'audition qui doit être signé par les intéressés.

Pour faciliter ou compléter son enquête, le rapporteur a, en outre, la possibilité de se faire communiquer ou de consulter sur place tous les documents utiles à sa mission sans que puisse lui être opposé le secret commercial ou le secret de fabrication.

Les projets d'avis sont discutés et adoptés en séance plénière après avoir entendu les personnes concernées sur le sujet. Après adoption, l'avis est publié au Bulletin officiel de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de répression des fraudes (DGCCRF). L'avis peut préconiser des modifi-

cations de l'ordre juridique existant qui ne prendrait pas suffisamment en compte tel ou tel aspect de la sécurité des consommateurs : création ou modification d'une loi, d'un règlement, création ou amélioration de toute norme française ou communautaire.

Le suivi des avis, garant de la bonne mise en œuvre des recommandations émises, est assuré par les pouvoirs publics et tout particulièrement par la DGCCRF qui vérifie les suites données aux avis par les professionnels et les autres administrations concernées. Titulaire d'un pouvoir d'investigation et de contrôle, elle seule peut en effet imposer aux professionnels concernés de mettre les produits ou services avérés dangereux en conformité avec les règles de sécurité. À titre d'exemple, à la suite de la constatation en 2000 par la CSC de la mise en vente de sièges de vélo pour enfant défectueux, la DGCCRF a engagé une campagne nationale de contrôle auprès des distributeurs afin d'éliminer ces produits du marché. En application des préconisations formulées par la Commission dans ses avis, elle peut aussi, par arrêtés ou décrets, interdire la commercialisation de tout produit.

polyvalents et dont il était raisonnablement prévisible de penser qu'ils allaient être utilisés comme des coffres à jouets, la Commission a, dans un avis en date du 6 janvier 2000, demandé la création d'une norme spécifique sur les coffres à jouets. À la demande de la Commission, la DGCCRF a adressé une mise en garde aux fabricants et distributeurs de coffres à jouets et de coffres polyvalents pour leur demander de mettre ces produits en conformité avec les exigences essentielles de sécurité définies à l'article L 221-1 du code de la consommation.

Les équipements de protection pour la pratique du roller et du skate-board

Constatant que des produits généralement vendus en pack avec des rollers destinés aux enfants (casques, coudières, genouillères, protège-poignets) étaient en fait des imitations d'équipements de protection testés par les laboratoires en tant que jouets, la Commis-

sion a recommandé, dans un avis du 8 novembre 2000, qu'une mesure d'interdiction soit prise par les pouvoirs publics concernant les marquages pouvant introduire une confusion dans l'esprit des consommateurs. Il a ainsi été demandé d'interdire la vente de tels packs et que chaque imitation d'équipement de protection porte un marquage indiquant qu'il ne peut être utilisé pour le patinage.

Les casques de ski et les casques d'équitation

Notant là encore que des produits pouvaient être faussement protecteurs alors même qu'ils sont en principe destinés à protéger une partie vitale du corps, la Commission a recommandé, dans un avis du 3 mars 1999, l'interdiction de « faux » casques de ski pour enfants, les « protections de tête ». Celles-ci avaient toutes les apparences d'un casque de ski mais ne pouvaient protéger que d'agressions superficielles du

cuir chevelu. Depuis l'avis de la Commission, ces produits ont progressivement disparu du marché.

Dans un avis du 11 avril 2001, la Commission a demandé que les casques d'équitation mis à disposition à titre gratuit ou onéreux aux usagers des centres équestres lors de promenades ou d'exercices aient le statut juridique d'articles sportifs et de loisirs à part entière et non d'équipements de protection destinés aux professionnels. Ceci implique une vérification de la conformité des produits aux exigences de sécurité avant toute diffusion.

Ces quelques exemples illustrent la palette par définition très large des types de produits pour lesquels la CSC peut être appelée à intervenir.

Pierre Le Guérinel

Secrétaire général de la Commission de la sécurité des consommateurs, Paris.

Intérêts et difficultés de **l'approche communautaire** dans la prévention des accidents

Le concept de « communauté sûre », proposé par l'Organisation mondiale de la santé et développé par une trentaine de programmes au travers le monde, est un modèle d'analyse et d'action d'une véritable dimension communautaire. Mais son application se révèle plus difficile dans certains environnements ou certaines cultures, interrogeant alors autant l'organisation de la santé publique que les structures sociales.

En France, comme dans l'ensemble des pays, les accidents sont la première cause de décès chez les enfants entre 1 et 14 ans. Ils représentent, dans cette tranche d'âge, 10 % des journées d'hospitalisation et près de 20 % des handicaps à long terme. Le coût direct des accidents est estimé, selon les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie, à plus de cinquante milliards de francs, dont près de dix milliards pour les accidents de la vie courante. Si l'on ajoute les coûts liés aux pertes de productivité et au *pretium doloris*, les sommes en jeu sont extrêmement importantes.

Une diminution des accidents à consolider

Ainsi, la plupart des pays se sont donnés comme objectif principal la réduction du nombre et de la gravité des accidents touchant certaines populations les plus à risques (enfants, personnes âgées ou handicapées).

Depuis vingt ans, en France, d'importantes mesures réglementaires ou législatives ont pu être mises en place (dispositifs de retenue pour les enfants dans les voitures, limitation de la vitesse des véhicules, port du casque pour les conducteurs de motocyclette, normes de sécurité pour les jouets, la literie, amélioration du conditionnement des médicaments). L'ensemble de ces

mesures a permis de diminuer le nombre de décès de près de 50 % dans la population de 0 à 15 ans en une quinzaine d'années. Parallèlement, de nombreuses campagnes de prévention ont été organisées, au niveau national (ministère de la Santé, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Comité français d'éducation pour la santé) et au niveau départemental ou local, à l'initiative des collectivités elles-mêmes et de leur représentation politique. Ces différentes

campagnes ont permis de sensibiliser la population aux risques d'accidents et de tenter de modifier des comportements susceptibles de favoriser la survenue du mécanisme accidentel. À côté des programmes nationaux généraux d'information sur les différents risques de la vie quotidienne, il apparaît la nécessité d'actions locales parallèles. Ces actions fondées sur une analyse d'une situation locale donnée et une détermination des situations et des populations à risques, impliquent une

participation active des différents acteurs de la vie politique et de la société civile dans tous les secteurs intéressés à la prévention des accidents.

Cette réflexion est à l'origine du développement de programmes d'actions communautaires mis en œuvre depuis quinze ans dans plusieurs villes européennes et nord-américaines. Les résultats probants en terme de réduction du nombre et de la gravité des accidents, ainsi que la volonté de faire connaître ce type d'action communautaire a incité, en 1989, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à la création d'un manifeste officialisant ce type d'organisation et lui accordant un « label » OMS. Ultérieurement, lors de la 1^{ère} conférence mondiale consacrée à la prévention des accidents (Stockholm, 1989), l'intérêt de développer des programmes d'action au niveau communautaire s'est progressivement dégagé, douze critères sont proposés ainsi qu'un cadre général d'organisation.

Actuellement, une trentaine de programmes, répartis en Europe, Océanie, Asie et Amérique du Nord sont actuellement reconnus comme « communautés sûres » (traduction de l'anglais *safe communities*) selon les critères définis dans ce manifeste. L'ensemble des responsables de ces programmes d'actions communautaires appliqués aux accidents sont regroupés au sein d'un réseau européen des *safe communities* (ESCON).

Définition du concept de communauté sûre

Ce concept proposé lors de la conférence mondiale de l'OMS est défini par douze critères développés par l'équipe du département de santé publique du *Karolinska Institutet* de Stockholm. Pour être reconnu comme un véritable programme de sécurité communautaire, plusieurs critères doivent pouvoir être remplis.

1. Existence d'un groupe multidisciplinaire responsable du programme de prévention.

Dans une démarche communautaire, le partenariat est l'élément premier. Il s'établit au niveau des institutions et de l'individu. Il suppose le consensus autour d'un objectif commun, le positionnement de chaque partenaire en fonction de ses compétences

et la répartition des tâches. Le partenariat a comme avantage la mise en commun des ressources, la complémentarité des actions, l'augmentation des compétences par les échanges. Le caractère intersectoriel renforce encore l'efficacité du partenariat. Le caractère transversal de la thématique des accidents et la nécessité d'une approche globale de la santé indiquent particulièrement cette démarche. Dans des systèmes où les compétences sont morcelées, c'est dans la proximité que se joue l'intersectorialité. Le secteur de la promotion de la santé apparaît comme un lieu de rencontre des différents champs professionnels. Dans le domaine des accidents, la plupart des solutions efficaces pour prévenir les accidents font appel à des compétences extérieures au domaine de la santé, c'est-à-dire des organismes qui ont tous des priorités et des mandats différents. Le système de santé joue un rôle d'informateur sur les problèmes de santé prioritaires et représente souvent le point de jonction entre différents organismes qui s'ignorent.

2. Sensibilisation de la communauté toute entière.

Elle a deux objectifs : renforcer les capacités de chaque individu à identifier des situations à risques et les moyens nécessaires à la maîtrise des risques, et intégrer les préoccupations de sécurité dans les décisions qui concernent les milieux de vie et d'environnement.

3. Programme recouvrant tous les âges et les environnements.

4. Action privilégiée sur les groupes et les environnements à risques, en particulier sur les populations les plus fragiles, dans un souci d'équité sociale. L'action globale est difficile et risque d'entraîner une dilution des résultats. La priorité peut être donnée aux accidents les plus graves ou ceux touchant les populations les plus à risques et bien souvent les moins accessibles ou les moins réceptives aux messages habituels de prévention.

5. Existence d'une base de données permettant de connaître la situation exacte des accidents (fréquence, causes et circonstances de survenue) rencontrés au sein de la communauté.

La connaissance préalable de la situation locale est une condition néces-

saire au choix de la meilleure stratégie d'intervention et la définition des populations ou des accidents cibles à privilégier. Elle constitue, par la mise en place d'un recueil permanent tout au long du programme, un système de surveillance, base d'une évaluation ultérieure de l'action entreprise.

6. Engagement de la communauté pour un projet à long terme plutôt qu'un projet de courte durée.

Il est illusoire de planifier une action sur une ou deux années. La prévention est une organisation lourde, lente et les résultats ne sont visibles qu'à long terme. La succession des différentes étapes : recueil des données, analyse des résultats, définition de cibles de prévention, mise en place des outils de prévention en fonction des messages prioritaires, choix et formation des relais de communication, système de surveillance des accidents et évaluation des résultats et des processus, nécessite de disposer d'une période d'observation prolongée. Une période de cinq à dix ans est jugée optimale.

La communauté doit également entreprendre certaines démarches :

7. utiliser des indicateurs appropriés pour évaluer la qualité du programme et ses résultats ;

8. collaborer avec les principales associations et organisations de la communauté, et susciter leur participation au programme ;

9. persuader les structures d'accès aux soins de l'intérêt de recueillir des données complètes et de participer au programme de prévention ;

10. sensibiliser toutes les couches de la population au problème de la prévention des accidents ;

11. faire partager l'expérience locale à d'autres villes ou régions ;

12. faire partie du réseau international des villes ayant mis en place un programme de santé communautaire.

Le programme de la ville de Boulogne-Billancourt

La ville de Boulogne-Billancourt est la deuxième ville de la région Ile-de-France après la ville de Paris. Elle compte 107 600 habitants dont près de 16 000 ont moins de 15 ans. Le recensement de la population montre qu'elle se répartit de la même manière que sur l'ensemble du territoire national en ce qui concerne le nombre d'enfants par

famille, le nombre relatif de familles étrangères. Le profil socioéconomique laisse apparaître un nombre plus faible d'ouvriers mais une population plus importante parmi les employés et les classes moyennes. Enfin, le nombre de personnes âgées est nettement supérieur à la population générale.

Historique du projet

Dans une étude rétrospective effectuée en 1994 auprès des structures publiques et privées d'offre de soins et des chirurgiens dentistes de la ville de Boulogne-Billancourt, près de 2 100 accidents touchant des enfants boulonnais ont pu être répertoriés. Un décès par asphyxie brutale chez un enfant de 18 mois dans un centre commercial pendant cette année 1994 a achevé de sensibiliser l'opinion et les différents professionnels de santé de la ville. Une collaboration étroite avec le département du *Karolinska Institutet* de Stockholm, Centre collaborateur de l'OMS dans le domaine de la prévention des accidents et avec plusieurs municipalités suédoises (Motala, Skövde), développant depuis plusieurs années un programme de santé communautaire, a permis la mise en place progressive d'un projet de prévention – selon les recommandations de l'OMS – adapté à la population boulonnaise.

Objectifs du projet

La réduction du nombre d'accidents d'au moins 25 % en cinq ans (1998-2002) est l'objectif principal du programme de santé communautaire mis en place à Boulogne-Billancourt le 5 janvier 1998. La stratégie utilisée tient compte des différentes expériences

étrangères et des spécificités locales. Des expériences réussies, quatre lignes de force sont essentielles et à la base du projet : meilleure connaissance possible du phénomène accident dans la communauté, mobilisation de la population, recensement des personnes et des organisations (institutions, associations) actives dans le domaine de la prévention, recherche d'un partenariat en intersectoralité et mise en place des conditions d'une évaluation efficace.

Déroulement du projet

• 1^{ère} phase : préparation du projet

Entre janvier et octobre 1997, la préparation du projet comprend trois axes : sensibilisation des décideurs politiques et économiques de la communauté, sensibilisation des habitants de la ville de Boulogne-Billancourt, recherche d'appuis scientifiques de haut niveau.

Sensibilisation des décideurs politiques : le déroulement du projet et ses objectifs ont été approuvés par le conseil municipal de la ville de Boulogne-Billancourt et deux décisions ont été prises : un budget spécifique a été voté et des moyens techniques attribués, et une commission extra-municipale comprenant des professionnels de la santé, de la politique de la ville et des institutionnels a été mise en place avec l'objectif de suivre le développement du projet et de lui apporter le soutien de l'ensemble de la population.

Une semaine d'éducation pour la santé, une campagne d'affichage, des concours de dessins d'enfants, la diffusion de messages dans les médias (radios, télévisions locales) ont permis

d'informer le public de ce programme et des objectifs fixés. Une étude d'impact a montré une pénétration de plus de 50 % dans l'opinion.

Un appui scientifique de haut niveau permettant d'optimiser le recueil de données, leur analyse ultérieure et l'évaluation du programme de prévention a été recherché et trouvé en la participation active de l'unité 88 de Santé publique de l'Inserm. Par ailleurs, une collaboration scientifique a été mise en place avec les responsables du registre des accidents de la ville de Stockholm et le coordonnateur de ce projet est membre du bureau européen des programmes de santé communautaire.

• 2^e phase : mise en place du recueil des données et des commissions de prévention

1. Recueil des données

82 % des enfants habitant la ville de Boulogne-Billancourt et présentant des blessures accidentelles requérant des soins médicaux sont pris en charge dans le service des Urgences pédiatriques de l'Hôpital Ambroise-Paré ou à la Clinique chirurgicale de Boulogne-Billancourt. Le recueil s'effectue sur ces deux sites ; sont également recensés les traumatismes dentaires ainsi que les transports effectués par les Samu, les Pompiers et la Croix-Rouge. Un questionnaire comprenant 28 items, répartis en chapitres : identité de l'enfant et caractéristiques socioéconomiques et de logement de la famille, circonstances de survenue de l'accident, lésions anatomiques, mode de prise en charge thérapeutique, évaluation des coûts. L'en-

semble des données de l'enquête sont recueillies lors d'un entretien téléphonique après accord préalable des parents. Le questionnaire, ainsi que les conditions de recueil, ont été jugés conformes aux recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) et de la Commission de la recherche pour la protection de l'identité des personnes du ministère de la Recherche. Les différentes données concernant les lésions, le mécanisme accidentel et les circonstances de survenue sont codées selon la Classification internationale des maladies (CIM 10) et la codification mise en place dans le système Ehlass. Chaque consultation de nature traumatique fait l'objet d'une saisie informatisée et les données en sont analysées.

Une analyse cartographique dans la ville permet de mieux comprendre les mécanismes environnementaux dans la survenue d'un accident.

2. Contrôle de qualité

Un contrôle de l'exhaustivité des données et de la qualité des informations recueillies et du codage est mis en place. Il est établi par un médecin de santé publique selon des modalités validées.

3. Mise en place de commissions de prévention

L'ensemble du projet est coordonné par une commission de surveillance comprenant le maire adjoint chargé de la Famille, les responsables des urgences médico-chirurgicales, un médecin de santé publique, un chirurgien dentiste, le responsable des pompiers de la ville, une infirmière scolaire, un dirigeant d'une grande association multisports, un sociologue, un psychologue et la responsable du Comité départemental d'éducation à la santé (Codes).

Cette commission a un triple rôle : sensibiliser les médias et les populations, choisir des axes de prévention, former des relais sur le terrain permettant l'optimisation du message de prévention. Elle est aidée par quatre sous-commissions ayant en charge l'un des quatre types d'accidents rencontrés : domestiques, de sport de et loisirs, scolaires et de circulation.

4. Formation des relais sur le terrain

Outre la clarté nécessaire du message, le choix du vecteur optimal est un temps nécessaire et primordial. Les pro-

fessionnels de terrain auprès de la population sont impliqués dans cette transmission du message : infirmières scolaires ou des centres de loisirs, enseignants, éducateurs sportifs, parents. Cette formation est assurée par le Codes et la Croix-Rouge départementale. Les objectifs sont : situer la place et le rôle de chacun au sein de la communauté, identifier les éléments qui constituent les situations à risques dans les familles, à l'école ou durant les loisirs, identifier les attitudes et comportements de la population en matière de prévention des accidents de l'enfant, sélectionner les outils de communication adaptés à la situation et au public.

• 3^e phase : analyse des données et choix des actions de prévention

L'ensemble des données est analysé avec l'antenne de l'unité 88 de l'Inserm, présente au sein de l'Hôpital Ambroise-Paré. Trois objectifs sont définis : dessiner un profil précis des accidents dans la communauté, dégager des situations ou des populations à risques, et déterminer les priorités d'action en fonction de la gravité des accidents. Cette analyse est à la base des décisions qui seront prises par la commission de surveillance du programme et dont l'application est confiée aux sous-commissions spécifiques.

• 4^e phase : évaluation

1. Efficacité

La poursuite du recueil des données (système de surveillance) sur une période continue de cinq années doit permettre une approche satisfaisante de l'efficacité des mesures de prévention. Une évaluation économique fait partie du projet initial : le coût est calculé en terme de dépenses directes (coûts médicaux et non médicaux) et indirectes (absentéisme familial, de la crèche ou du milieu scolaire). La participation de la Caisse d'assurance maladie du département associée au projet doit permettre une comptabilité des dépenses amenées au recouvrement, exerçant ainsi un contrôle *a posteriori* des dépenses engagées. Les ratios coût-efficacité et coût-bénéfice sont calculés dans cette phase évaluative.

2. Processus

Les différentes étapes du projet sont en permanence évaluées. La mobilisation des différents partenaires est ana-

lysée en terme de participation aux réunions, de capacités de propositions et d'actions, de l'engagement de longue durée. L'impact du programme sur la population, et en particulier sur les sujets « cibles », est étudié.

Difficultés liées à l'application de ce concept en France

Ce concept a été d'emblée appliqué dans des villes moyennes de Scandinavie. Les communautés de 50 000 à 70 000 habitants, taille moyenne des communautés dans le nord de l'Europe, cumulent les critères d'efficacité : populations homogènes, organisation centralisée ou associative forte, culture déjà ancienne de santé publique et de prévention, unicité administrative de l'offre et des structures de soin.

L'application de ce concept dans la société française rencontre diverses difficultés à plusieurs niveaux :

1. le recueil des données : l'organisation de l'offre de soins, la mixité d'établissements privés ou publics, la liberté du choix individuel rendent délicate l'exhaustivité des données recueillies en un seul lieu (hôpital public). Une étude des habitudes de la population en terme de prise en charge médicale au niveau local est un préalable nécessaire. Plus spécifiquement, l'absence de codage systématique des actes effectués sur le site des urgences implique la mise en place d'une démarche spécifique lourde, parfois mal vécue par le personnel hospitalier ;
2. de l'analyse des données : peu d'unités de recherche (Inserm, CNRS) s'impliquent réellement dans la problématique des accidents de la vie courante. Le développement, au sein de l'Institut national de la veille sanitaire, d'une cellule d'observation des accidents de la vie courante doit permettre de mieux centraliser les données mais ne peut constituer une aide efficace sur le plan local et communautaire ;
3. du partenariat, de la multidisciplinarité et de l'implication des politiques. La démarche communautaire reste à construire dans nos sociétés latines et européennes du sud. Il n'y a que rarement dans nos communautés urbaines de sentiment d'identité commune. L'absence d'homogénéité de nos populations est un obstacle au développement de la démarche collective. Faire travailler ensemble des personnalités, des institutions, des associations aux objec-

tifs très différents est souvent une gageure. L'implication des politiques locaux est une condition nécessaire. Cette implication se heurte à deux types de difficultés : une démarche collective d'éducation à la santé a longtemps été jugée non prioritaire dans la majorité des programmes d'action municipale. Le développement du tissu associatif, l'exemplarité de certains projets et leur succès, sont autant d'éléments pouvant susciter l'adhésion des élus. La mise en cause récente de la responsabilité des élus dans des accidents liés à des installations sportives défectueuses a conduit à une sensibilisation plus forte pour de tels projets communautaires. Enfin, la perception d'une vision très favorable de la population et l'influence de ce type de démarche sur la cohésion dans une communauté ont conduit les élus à investir ce champ de l'éducation communautaire à la santé.

Quelques actions locales issues de l'application de ce programme de communauté sûre

1. Prévention des brûlures par eau chaude sanitaire

La mise en évidence, au niveau du recueil, de douze enfants victimes de brûlures par eau chaude sanitaire a conduit à mener une enquête auprès des familles sur l'existence de facteurs de risques associés. Un contrôle des chauffe-eau voire leur remplacement subventionnés, un travail collaboratif avec les plombiers de la ville (dispositifs de contrôle de la température au robinet) ont constitué une réponse au problème (évaluation en cours).

2. Campagne d'installation des détecteurs de fumée dans les immeubles à risque accru

Une enquête associant les sapeurs pompiers de la ville de Boulogne, la municipalité et les associations a permis d'identifier au sein de la ville des immeubles à risque accru. Une campagne d'information aboutissant à une installation subventionnée de ces dispositifs d'alerte est en cours.

3. Prévention des accidents scolaires

Près de 35 % des accidents nécessitant un recours aux soins hospitaliers dans la ville sont liés au milieu scolaire. Une enquête effectuée pendant deux

ans par les infirmières scolaires à partir de données recueillies aux urgences hospitalières a permis de dégager des pistes d'action et ont conduit à des propositions de modifications de l'organisation des récréations, des couloirs et des gymnases.

4. Prévention des accidents de sport et de loisirs

Ces accidents représentent 30 % des accidents entre 4 et 15 ans dans la ville de Boulogne-Billancourt si l'on y inclue les accidents survenant lors des activités sportives organisées dans le cadre scolaire. Les sports à risque étant le football, le hockey sur glace et le judo. Le rugby, le roller et les accidents de vélo viennent juste derrière. Les lésions sont en grande majorité bénignes, faites d'entorses, de contusions, dans la moitié des cas. Certains sports tels le VTT, le hockey et le roller entraînent des lésions plus graves avec fractures. Trois facteurs prédisposant la survenue d'accidents sont identifiés, guidant ainsi le choix de stratégies optimales de prévention :

1. les accidents sont plus fréquents dans les sports non encadrés que dans le cadre d'événements entrant dans le cadre d'associations officielles. Cette constatation rend plus délicate toute tentative de prévention appuyée sur les éducateurs au sein des clubs ;
2. l'inadaptation psychomotrice : immaturité des mécanismes d'équilibre chez le jeune enfant, difficulté d'une bonne maîtrise physique chez les adolescents en raison d'un décalage entre les performances souhaitées et des capacités physiques et psychologiques en plein développement ;
3. la responsabilité d'un équipement (terrains, poteaux, nature des revêtements de sol) inadapté et de moyens de protection non utilisés (protège-tibias, casque de vélo ou de hockey, protège-poignets et coudes en rollers).

La prévention au niveau communautaire comprend trois axes : le développement du port des moyens de protection par une incitation dès l'achat du matériel sportif grâce à l'implication des professionnels de la vente en magasin spécialisé de la ville, la formation des personnels d'encadrement (associations sportives, professeurs d'éducation physique), l'amélioration de l'environnement et de l'équipement des terrains de sport. Une sensibilisation des méde-

cins d'enfants et d'adolescents est mise en place pour une évaluation correcte des aptitudes de l'enfant, appuyée sur la connaissance du morphotype et des acquisitions psychomotrices.

Conclusion

Les programmes d'action communautaire appliqués à la problématique des accidents sont en cours d'évaluation dans beaucoup de pays les ayant initiés dès le début des années 1990¹. Les premiers résultats montrent que trois objectifs sont atteints :

- efficacité : réduction du nombre et de la gravité des accidents ;
- équité : les populations les plus à risques sont ciblées par les actions préventives ;
- cohésion sociale : conséquence du partenariat et de la multidisciplinarité autour d'une problématique commune.

Bertrand Chevallier

Professeur des universités,
 chef du service des Urgences
 pédiatriques de l'Hôpital Ambroise-Paré,
 secrétaire général du Cirpaé,

Marc Sznajder

Pédiatre, médecin de santé publique,
 service de Santé publique
 et d'Information médicale,
 Hôpital Ambroise-Paré, Boulogne.

1. Évalués en Suède et en Norvège, en cours d'évaluation en Grande-Bretagne, au Canada et en Thaïlande.

Bibliographie

- Sznajder M., Chevallier B., Leroux G., et al. Analyse des accidents de l'enfant. Premiers résultats de l'Observatoire de Boulogne-Billancourt. Rev. Epidem. et santé publ. 2001 ; 49 : 125-34.
- Chevallier B., Bruneau C., Leroux G., Sznajder M., Auvert B. Approche communautaire de la prévention des accidents de l'enfant. Concept et application pratique : le programme de la ville de Boulogne-Billancourt 1998-2002. Annales de pédiatrie 1999 ; 46 (5) : 330-6.

Organiser le partage de l'espace public

Une interview d'Adeline Lemen, présidente du Roller Squad Institut

Le roller, problème de santé publique ? C'est la question que nous avons posée à Adeline Lemen, présidente d'une association de passionnés de ce moyen de déplacement moderne. Son analyse globale de ce phénomène paraît proche d'une vision de promotion de la santé de certains acteurs de prévention. Entre deux métros, deux formations et deux rendez-vous, mais toujours rollers aux pieds, elle a accepté de répondre à nos questions... terre à terre !

La santé de l'homme : Adeline Lemen, vous êtes présidente d'une association qui s'appelle Roller Squad Institut (RSI), quel est son but ?

Adeline Lemen : C'est une association qui met en avant le roller citoyen. Nous nous sommes investis dans la vie associative depuis plus de dix ans, en créant de petites associations qui étaient axées sur la pratique et sur la promotion du roller en général. On s'est rendu compte que le roller était un moyen de déplacement à part entière et qu'il y avait besoin d'aller au-delà de cette seule promotion. Notre fédération ne s'intéressait pas du tout à la pratique urbaine et il fallait absolument travailler de façon pointue sur des formations et sur la sécurité, cela devenant un enjeu de santé publique. Le point culminant a été les grèves des transports de 1995 qui ont vraiment touché les habitants d'Ile-de-France. Des gens mettaient une heure et demi de roller pour venir travailler et, cela, pendant deux mois. Dans Paris, il y avait des rollers dans tout l'espace public et cela a révélé des problèmes cruciaux. Pour petite anecdote, les magasins de sport vendaient plus de rollers et de vélos que de skis à cette époque de l'hiver. C'est ainsi devenu un problème social. Les Franciliens se sont rendus compte que les rollers étaient un moyen de déplacement autonome.

SH : La pratique du roller est-elle vraiment un problème de santé publique ?

Adeline Lemen : Oui, c'est un problème de santé, mais aussi de sécurité publique, parce qu'elle concerne tous les âges, sages et moins

sages, sans condition de moyens, au-delà des catégories socioprofessionnelles. Parce qu'elle répond à une aspiration profonde, à un désir de liberté véritable et d'autonomie. Parce qu'elle est le mode d'expression privilégié d'adolescents et de jeunes adultes. Or, un accident sur cinq se produit lors de la première sortie et un sur trois lors du premier mois de pratique : 81 % des accidentés n'ont suivi aucun apprentissage ; 65 % des accidentés ne portaient aucune protection, alors que 8 accidents sur 10 sont dus à une chute (source Prévention routière). Nous n'allons pas créer des générations d'handicapés sous prétexte qu'elles sont en manque de liberté d'expression. Toutefois réduire le roller à un exutoire d'une jeunesse en mal d'existence relève de l'irresponsabilité des adultes.

La mobilité roller représente une manière différente d'appréhender et de vivre l'espace public, permettant une plus grande autonomie de circulation tout en contribuant aux renforcements des échanges sociaux. Elle pose le problème et/ou le besoin d'un nouveau partage de l'espace public. C'est un moyen de déplacement au quotidien qui va servir pour tout et n'importe quoi. Il y a une accessibilité et une liberté, mais pas au sens commun. L'accessibilité à l'autonomie de déplacement est un leurre à partir du moment où l'on ne maîtrise pas l'engin. Normalement, le roller doit être une solution pour soi et sa santé. Si on ne prend pas en compte que la pratique du roller est très technique, on va aller contre soi. Il y a des pratiques qui sont très adolescentes, « soixante-huitardes », où l'on utilise le roller comme un

outil rebelle. Nous, on préfère dire qu'avec le roller, il y a de telles possibilités d'être en harmonie avec sa propre dynamique (et c'est une condition sine qua non de sécurité), qu'il est trop bête de ne pas en prendre les moyens.

SH : Quels sont les problèmes qui se posent à la fois pour les pratiquants, pour l'environnement, pour l'entourage ?

Adeline Lemen : Pour les pratiquants, se pose le problème de statut qui relève de la responsabilité des institutionnels, mais les droits forment avec les devoirs une paire inséparable. Aussi, la mobilité roller requiert : une maîtrise de l'engin en toute circonstance reposant sur l'acquis des positions de sécurité, des mouvements fondamentaux, des réflexes de positionnement et de gestion de trajectoire. Le port des protections et l'apprentissage pour s'en servir efficacement sont également importants, car ce sont des équipements incontournables et stratégiques pour dominer la peur de la chute et rester entier dans la logique du mouvement. On n'est ni à l'abri d'une fausse manœuvre, ni à l'abri des autres usagers, que ce soit en roller, à pied, en vélo ou à moteur. Cela veut dire que l'on doit être en harmonie avec sa dynamique... même en réception au sol, et le seul moyen pour y parvenir, ce sont les protections parce qu'elles permettent la glisse au sol. Il faut un minimum de moyens, cela veut dire manger correctement, être assuré, être visible, être avec les autres : en effet, la règle suprême, c'est de ne jamais faire peser un danger sur autrui. On doit respecter l'autre à tel point que jamais on ne lui fera encourir de danger à sa

place. C'est ce que défend RSI, car c'est une condition sine qua non de l'existence du roller. Souvent, les rollers roulent tranquillement et ne souhaitent pas qu'on les embête ; c'est vrai pour tous les âges. Cela peut se passer à partir du moment où l'on respecte l'autre et où l'on connaît ses limites par rapport au technique, au physique, aux garanties d'assurance. La sensibilisation à la sécurité se fait automatiquement pour les enfants : ils ont un comportement d'autoprotection qu'il faudra conforter et non pas détruire avec nos mauvaises habitudes d'adultes. Pour les adolescents, il est nécessaire qu'ils prennent conscience où est leur vraie liberté et quels sont leurs désirs. Choisir sa liberté en toute connaissance de cause, c'est une façon de s'affirmer par rapport aux autres. En particulier d'aller contre la mode « no pads » des anciens patients qui, faute de se remettre en question, utilisent la frime pour dénier le sort.

Pour l'entourage, s'intéresser à la culture roller, comprendre la problématique roller, prendre conscience des risques et des dangers sans partir dans le catastrophisme. Concrètement, c'est définir ce qui est négociable et ce qui ne l'est pas : je crois que les parents peuvent passer un contrat (moral bien sûr) avec leurs enfants où l'on définit les limites : faire le point avec les juniors leur prouve qu'ils sont pris au sérieux, qu'ils bénéficient de notre confiance et de responsabilité sans pour autant être livrés à eux-mêmes.

Pour l'environnement, il y a (à l'image des parents qui définissent le mode d'usage des engins) besoin de définir le mode d'usage de l'espace public. Organiser le partage de l'espace public, qui permette une place au roller de façon cohérente, sans oublier qu'il est grand temps de travailler dans le sens du partage – et donc de la responsabilisation des pratiquants – afin qu'ils deviennent des « ambassadeurs de leur pratique » et donc des citoyens au bout de leurs semelles, leurs roulettes, leur volant, leur guidon...

SH : La pratique du roller et ses recherches de sensations et de prouesses n'est-elle pas incompatible avec une démarche de prévention ?

Adeline Lemen : Absolument pas. Ce n'est pas rébarbatif de se protéger, c'est vivre. Pour

les plus grands, on travaille en feed-back sur « ce que veut dire le roller pour soi, ce qu'il induit, à quoi j'aspire et, si j'aspire à des pratiques extrêmes, où et comment le faire ? ». Il faut savoir que la prise de risque n'est pas la même dans le cadre urbain ou dans une manifestation. C'est là que l'éveil se fait. Si on décide de prendre ces risques-là, tant mieux, mais on ne les fait pas prendre aux autres de quelque manière que ce soit. S'accrocher à des voitures, pourquoi pas, mais à ce moment-là, on le fait dans le cadre d'une manifestation et pas dans le domaine public.

Le sport permet des sensations exceptionnelles de décharge d'adrénaline, mais il faut s'en donner les moyens. Cela signifie un début de responsabilisation qui peut se faire dès 3 ans, car en roller, le principe, c'est d'être solidaire pour ne pas mettre en danger l'autre. Être attiré par des sensations fortes, cela ne veut pas dire forcément avoir un comportement suicidaire, la limite est là. C'est facile d'avoir un comportement suicidaire, en revanche, de vivre, de mener à bien son projet, d'aller jusqu'au bout de son idée et de la réaliser concrètement, c'est une façon de construire ce qu'on est. Avec le roller, on commence à comprendre qu'on a le droit et le pouvoir d'aimer la vie qu'on se choisit.

SH : Le milieu de la santé et de la prévention se soucie de plus en plus du roller,

mais est-ce que le milieu du roller prend lui-même en compte ces questions de santé et de prévention ?

Adeline Lemen : Il y a toujours une grande demande d'information et de prévention de la part des pratiquants de rollers. Jusqu'ici, on n'a pas réussi à répondre de façon adaptée à cette demande, ou on n'y a pas répondu du tout. C'est la raison pour laquelle j'apprécie particulièrement la campagne de cette année, parce qu'il est grand temps que l'on arrive à avoir les moyens pour que les vecteurs de communication répondent à ces besoins. Or, jusqu'ici, on a eu des moyens très classiques qui ne répondaient pas forcément à la culture glisse. Il y a un appriovissement. Il est difficile, pour des institutions, de comprendre la culture roller ; on en a eu l'expérience à travers trois ans de travail et la réalisation d'un livre blanc. Il y a la culture santé, la culture circulation, pénale, juridique, roller, et il faut que tout cela se rencontre. Après, exprimer les besoins, c'est beaucoup plus facile. Le CFES et la Cnamts ont sorti des flyers où l'on a travaillé sur les couleurs, le langage, etc. (voir article de Michel Dépinoy). Ces flyers sont un vecteur de communication difficile, car ils pénètrent la population adulte, alors que la cible est les adolescents et les jeunes adultes. Cette année, le CFES et l'Assurance maladie désirent aller à la source, c'est-à-dire au niveau de l'achat du matériel, et mettre en alerte la population adulte : des adultes achètent des protections pour eux mais pas pour leurs enfants, d'autres achètent des rollers sans protection. On pourrait aller plus loin : je pense que les campagnes un peu « coup de poing » où l'on est mis devant le fait accompli de la réalité valent le coup*. Les problèmes d'éclatement de rate chez les « strickers », c'est quelque chose qui existe, même chez les rollers expérimentés. Par rapport à cela, il y aurait un clip ou un spot publicitaire à faire en disant « cela ne vaut pas le coup de faire du roller pour être handicapé. Le roller n'est pas fait pour troquer la frime pour un faux-teuil ».

Propos recueillis par **Alain Douiller**

* NDLR : la question de l'utilisation de la peur et des images choc dans des démarches de prévention est un thème au cœur de bien des débats..., nous y reviendrons dans prochain numéro de La Santé de l'Homme.

Le vélo en toute sécurité. Mais comment ?

Entre éducation et obligation, l'action de la région de Montérégie au Québec pour l'adoption du port du casque à vélo, illustre de façon intéressante la complexité de la promotion de la santé dans ce domaine.

Il est reconnu que la pratique régulière du vélo contribue à améliorer la santé et le bien-être des utilisateurs, en favorisant notamment une meilleure forme physique et en réduisant le stress et le risque de maladies cardio-vasculaires. Cependant, la pratique du vélo est également associée à un nombre important de blessures parfois mortelles ou suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation. Pour profiter pleinement des bienfaits du cyclisme tout en limitant le risque de blessures, il est important d'en promouvoir une pratique sécurisée.

Cette pratique sécurisée peut être favorisée soit en réduisant le risque d'accident, soit en réduisant l'incidence et la gravité des blessures en cas d'accident. Ces deux approches doivent être privilégiées parce qu'elles sont complémentaires.

Concernant la réduction de l'incidence et de la gravité des traumatismes crâniens liés aux accidents de vélo, de nombreuses initiatives ont été menées dans les douze dernières années afin d'accroître l'utilisation du casque de vélo. Différentes stratégies ont été mises en avant (information, éducation, action communautaire et législation). L'évaluation de ces programmes a démontré une augmentation de l'utilisation du casque de vélo et, parallèlement, une réduction des traumatismes crâniens dans les populations visées (1, 2).

La promotion et les éléments de succès

L'expérience montérégienne

La Montérégie est l'une des seize régions socio-sanitaires du Québec ;

d'une superficie de 10 000 km², elle est située au sud de l'île de Montréal. On y compte un peu moins de 220 municipalités et une population de 1,3 million d'habitants, soit 18 % de la population du Québec. L'équipe en prévention des traumatismes de la direction de Santé publique de la Montérégie, qui existe depuis 1986, procède tous les cinq ans à une démarche permettant d'établir les priorités d'action.

Dès la fin des années quatre-vingt, la prévention des traumatismes crâniens chez les cyclistes a été identifiée comme une priorité d'action et l'utilisation du casque de vélo a été choisie comme la mesure la plus efficace à promouvoir (3). Le programme *Mon vélo-casque c'est sauté* d'une durée de quatre ans (1990 à 1994) a été réalisé auprès des 100 000 jeunes âgés de 5 à 12 ans. Son objectif était d'obtenir un taux de port du casque de vélo de 20 % parmi ces derniers. Les résultats de l'évaluation ont permis de démontrer l'efficacité de ce programme : après quatre ans, 56 % des jeunes disaient posséder un casque de vélo (4) et 33 % le portaient (5). Toutefois, les résultats observés ont révélé que le programme avait été trois fois moins efficace dans les municipalités catégorisées pauvres et ce, malgré la mise en œuvre de diverses activités incitatives à l'acquisition de casques (disponibilité accrue du casque chez les détaillants, bons de réduction, achats de groupe permettant un prix réduit, casques offerts gratuitement).

Les éléments de succès

Sans reprendre de façon détaillée toutes les étapes du développement de ce programme, on peut néanmoins

identifier les facteurs qui ont sûrement favorisé l'atteinte de ses objectifs :

- une bonne compréhension du problème et de la population visée ;
- l'utilisation d'un cadre conceptuel rigoureux pour le développement du programme ainsi que le recours aux théories explicatives du comportement (le PRECEDE (6) *Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis in Evaluation* et la théorie de Fishbein et Ajzen (7)) ;
- des objectifs de résultats précis (réalistes, quantifiables et mesurables) ;
- des moyens adaptés aux milieux ;
- l'implication des partenaires (acteurs et décideurs) dès la conception du programme ;
- l'évaluation du processus et des effets du programme.

Les retombées du programme

Le programme a eu des retombées tant au niveau régional qu'au niveau provincial.

Au niveau régional, le programme *Mon vélo-casque c'est sauté* ayant été moins efficace dans les municipalités pauvres et dans un souci de lutte contre les inégalités en matière de santé, un nouveau programme d'accessibilité au casque de vélo en milieu défavorisé a été développé. Ce programme visait un accroissement du taux de port du casque chez les jeunes de 5 à 12 ans de familles vivant sous le seuil de faible revenu. L'intervention s'appuyait sur le recrutement d'organismes communautaires ayant un comptoir de vente pour la distribution et la promotion du casque de vélo dans les milieux respectifs. L'évaluation du programme a montré qu'il a été pos-

► Références bibliographiques

(1) Rivara F.P., Thompson D.C., Patterson M.Q., Thompson R.S. *Prevention of bicycle-related injuries. Helmets, education, and legislation*. Ann. Rev. Public Health 1998;19 : 293-318.
 (2) Attewell R.G., Glase K., McFadden M. *Bicycle helmet efficacy: a meta-analysis*. Acc. Analysis and Prevention 2001 ; 33 : 345-52.
 (3) Brown B., Farley C. *The pertinence of promoting the use of bicycle helmets for 8 to 12 year old children*. Chron. Dis. Can. 1989 ; 10 : 92-6.
 (4) Farley C., Otis J., Benoît M. *Evaluation of four-year bicycle helmet promotion campaign in Québec aimed at children ages 8 to 12: Impact on attitudes, norms and behaviours*. Can. J. Public Health 1997 ; 88 : 62-6.
 (5) Farley C., Haddad S., Brown B. *The effects of a 4-year program promoting bicycle helmet use among children in Québec*. Am. J. Public Health 1996 ; 86 : 46-51.
 (6) Green W.L., Kreuter M.W. *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental*

Approach. Second edition. Mountain View, Calif : Mayfield Publishing Co ; 1991 : 506 p.
 (7) Otis J., Lesage D., Godin G., Brown B., Farley C., Lambert J. *Predicting and reinforcing children's intentions to wear protective helmets while bicycling*. Public Health Rep. 1992 ; 107 : 283-9.
 (8) Sergerie D., Brown B., Sirois G. *Évaluation du programme d'accessibilité du casque de vélo en milieu défavorisé, Montérégie 1996*. DSP, Régie régionale de la santé publique et des services sociaux de la Montérégie, 1997. ISBN 2-89342-083-4.
 (9) *Enquête sur le port du casque de vélo : 1999*. Société de l'assurance automobile du Québec, service des Études et des Stratégies en sécurité routière, 1999.
 (10) Conseil des directeurs de la santé publique de la Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec. *Mémoire présenté au regard du Livre vert : La sécurité routière au Québec, un défi collectif*. 2000.

sible de joindre ces jeunes et d'accroître l'utilisation du casque (augmentation de 9 %) (8).

Au niveau provincial, le programme a été généralisé à travers la province par l'intermédiaire du réseau de la santé publique. Cette première initiative a donné le départ à des efforts importants de promotion du casque de vélo sur une base de volontariat par la Société de l'assurance automobile du Québec, la Régie de la sécurité dans les sports et les organisateurs du Tour de l'île de Montréal. De plus, un processus de réflexion national s'est amorcé et s'est poursuivi dans le but d'identifier les meilleures stratégies à utiliser pour accroître le port du casque dans la population québécoise.

Les principaux constats d'une telle expérience

Il ne fait aucun doute que le programme *Mon vélo-casque c'est sauté* et ses retombées ont permis de sensibiliser la population québécoise à l'importance de porter un casque de vélo et ont incité les différentes autorités concernées à le promouvoir. Toutefois, les interventions de promotion du casque de vélo menées au Québec depuis 1990 comportent des limites en matière de

modification des comportements. Après dix ans d'efforts et des coûts importants, le taux de port du casque est demeuré relativement bas. En 1999, il se situait à 24,9 % comparativement à 26 % en 1998 et à 25,3 % en 1995 (9). Comment peut-on expliquer ces résultats ?

Les moyens et les ressources qui ont été investis par le réseau de la santé publique pour la promotion du casque de vélo, ont été d'intensité différente d'une région à l'autre, limitant l'efficacité des interventions dans les régions sous financées.

Au Québec, comme ailleurs, la population se compose d'individus dont les caractéristiques psychologiques et socio-économiques sont différentes. Les interventions menées ont principalement touché certaines catégories d'individus (les plus novateurs, les plus éduqués, les mieux nantis financièrement). Peu de programmes sélectifs (trop coûteux) ont été réalisés afin de rejoindre les plus résistants (les adolescents) ou les plus défavorisés. Enfin, le peu de financement qui a été octroyé annuellement aux activités de renforcement et le retrait des budgets consacrés à la promotion du casque de vélo suite à de nouvelles orientations

des autorités concernées, n'ont pas permis de conserver les acquis et de continuer d'accroître le port du casque au sein de nouvelles clientèles.

Dans de telles conditions, une loi obligeant le port du casque chez les cyclistes peut devenir un moyen supplémentaire pour favoriser l'atteinte des objectifs poursuivis en matière de prévention des blessures. Plusieurs gouvernements dans le monde ont adopté une loi pour rendre obligatoire le port du casque de vélo et les résultats positifs en termes d'augmentation significative du taux de port du casque de vélo et de réduction des blessures à la tête ont été obtenus (10).

Il faut reconnaître que cette mesure comporte plusieurs avantages :

- il s'agit d'une mesure efficace pour tous ;
- elle crée une norme sociale (acceptabilité) qui inclue les groupes vulnérables et les résistants au changement ;
- elle oblige l'État à rendre la mesure accessible aux groupes défavorisés (responsabilisation de l'État plutôt que l'individu et réduction des inégalités) ;
- à long terme, les coûts sont moindres pour l'implantation d'une loi que pour les interventions de promotion dont les coûts sont récurrents.

Toutefois, malgré ces avantages le choix de cette mesure soulève pour certains des problèmes d'ordre éthique, principalement au niveau du respect de la liberté individuelle et du pouvoir de l'État à obliger les individus à adopter des comportements de sécurité.

Il revient donc à chaque communauté de mener une réflexion éclairée et démocratique afin de choisir pour les individus qui la composent une stratégie efficace et juste pour tous. En ce qui concerne le Québec, le gouvernement s'est penché sur la pertinence de rendre le port du casque obligatoire chez les cyclistes à deux reprises (1996 et 2000), mais n'a toujours pas adopté de loi.

Céline Farley

Responsable du certificat
 en santé communautaire,
 Faculté de l'éducation permanente,
 Université de Montréal,
 Direction de santé publique,
 Régie régionale de la santé publique
 de la Montérégie, Canada.

Pour en savoir plus

Sites Internet

Prévention des accidents

Bureau suisse de prévention des accidents (BPA)

Fondation de droit privé. Elle est chargée de prévenir les accidents dans les domaines de la circulation routière, du sport, du ménage, du jardin et des loisirs.
<http://www.bpa.ch/>

Cellule européenne de surveillance des accidents – Ehlass

Depuis 1986, à l'initiative de la CEE, le Conseil des communautés européennes a mis en place un système d'information et de surveillance des accidents dans la sphère privée, nommé Système Ehlass pour *European Home and Leisure Accident Surveillance System*.
http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/acc_dom/systeme01.htm

Centre européen de prévention des risques (CEPR)

Il est financé par des assureurs, des organismes de certification, de recherche et d'enseignement, mais aussi des fabricants de produits et services. Ses principales thématiques sont : les risques routiers, alimentaires, en entreprise, domestiques.
<http://www.cepr.tm.fr/>

Commission de la sécurité des consommateurs (CSC)

La CSC est un organisme indépendant créé par la loi du 21 juillet 1983 relative à la sécurité des consommateurs. Elle est composée de magistrats de hautes juridictions, de représentants des collèges professionnels et consommateurs, de personnalités qualifiées. Ses missions sont :

- recenser les accidents et les risques de la vie courante ;
- émettre des avis destinés aux pouvoirs publics, aux professionnels et aux consommateurs intéressés, sur tous types de produits et de services présentant des risques ;
- informer par des communiqués de presse, des campagnes de sensibilisation, des fiches pratiques, une lettre bimestrielle et un serveur internet.
<http://www.securiteconso.org/>

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État chargé de la Santé

http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/acc_dom/index.htm

Réseau francophone de prévention des traumatismes et des accidents, membre du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips)

Le Réfips se veut un lieu d'échanges et d'en-

traide pour les professionnels de la santé intéressés par la promotion de la santé de leurs communautés respectives. Il regroupe 1 260 membres répartis sur une trentaine de pays de la francophonie, qui partagent un intérêt pour l'émergence de conditions favorables à la santé de leurs populations, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition de meilleures aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. Les membres se regroupent en sections identifiées soit à une région donnée, soit à un champ d'intérêt.
<http://www.refips.org>

Prévention des accidents de sport

Médecins de montagne

L'association regroupe plus de deux cents médecins installés en station de sports d'hiver et spécialisés dans la traumatologie du ski. Ses objectifs sont :

- améliorer la qualité des soins en station ;
- prévenir les accidents de sports d'hiver et d'été en montagne ;
- faire connaître et défendre la spécificité de l'exercice de la médecine des sports d'hiver.
<http://www.mdem.org/>

Ministère de la Jeunesse et des Sports

<http://www.jeunesse-sports.gouv.fr/>

Organismes de formation

Médecins de montagne

132 avenue des Bernardines
73000 Chambéry
Tél. : 04 79 96 43 50
Fax : 04 79 10 00 51
info@mdem.org
Formations destinées aux médecins généralistes

Réfips

Réseau de promotion de la sécurité
Martine Bantuelle
Educa Santé
Avenue Général Michel 1B
6000 Charleroi – Belgique
doc@educasante.org
Tél. : ++32 71 30 14 48
Fax. : ++32 71 31 82 11



<http://www.mdem.org>

Bibliographie

Prévention des accidents

- Baudier F., Janvrin M.-P. *Prévention des accidents de la vie domestique. Le guide des programmes coopératifs*. Vanves : CFES, 119 p.
- Baudier F., Palicot A.-M., *La prévention des accidents domestiques de l'enfant*. Vanves : CFES, coll. La santé en action, 1992 : 312 p.
- Comité français d'éducation pour la santé. *Programme d'éducation pour la santé. Prévention des accidents de la vie courante. 2001-2003*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 2001 : 97 p.
- Comité français d'éducation pour la santé. *Éléments d'évaluation du plan de communication. Prévention des accidents de la vie courante. 1997-1998-1999*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 2000 : 85 p.
- Duval C., Salomon L. *Les accidents de la vie courante*. Paris : La Documentation française, 1997 : 185 p.
- Janvrin M.-P., Baudier F. *Prévention des traumatismes et des accidents : approche des pays francophones*. Séminaire international. Paris, 16-18 octobre 1995. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1996 : 231 p.
- Janvrin M.-P. Les accidents et leurs victimes. In : *Baromètre santé. Premiers résultats 2000. Enquête auprès des 12-75 ans*. Vanves : CFES, 2000 : 4 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Traumatismes au Québec : comprendre pour prévenir*. Québec : Publications du Québec, 1991 : 367 p.
- Observatoire régional de la santé de Rhône-Alpes. *Les accidents de la vie courante*. Lyon : Orsra, 1995 : 49 p.
- Réseau francophone de promotion de la sécurité et de prévention des accidents et des traumatismes. *La volonté d'agir*. Séminaire International. Saint-Marc-sur-Richelieu, Canada, 16-18 juin 1997, Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998 : 195 p.
- Réseau francophone de promotion de la sécurité et de prévention des accidents et des traumatismes. *Agir efficacement*. Séminaire International. Ascona, Suisse, 21-23 juin 1999. Texte intégral disponible sur : <http://www.ti.ch/DOS/DSP/SezS/UffPVS/temj/refips/x1.html>
- À paraître les actes : Réseau francophone de promotion de la sécurité et de prévention des accidents et des traumatismes. *Les défis de l'évaluation : enjeux et outils*. Séminaire international. Bruxelles, Belgique, 8-11 juillet 2001.

Prise de risque à l'adolescence

- Assailly J.-P. *Les jeunes et le risque : une approche psychologique de l'accident*. Paris : Vigot, coll. Sciences humaines, 1992 : 208 p.
- Esterle-Hedibel M. *La bande, le risque et l'accident*. Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1997 : 260 p.
- Got C. *Risquer sa peau*. Paris : Bayard, 2001 : 374 p.
- Janvrin M.-P., Baudier F. Accidents. In : *Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1998 : 251-8.
- Kerven G.Y., Rubise P. *L'archipel du danger : introduction aux cindyniques*. Paris : Economica, 1991 : 439 p.
- Le Breton D. *La sociologie du risque*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ?, 1995 : 127 p.
- Le Breton D. *Passions du risque*. Paris : Métailié, 1991 : 185 p.

Sport et accidents

- Choquet M., Bourdessel H., Arvers P., Guilbert P., De Perretti C. *Jeunes et pratiques sportives. L'activité sportive à l'adolescence. Les troubles associés*. Rapport au ministère de la Jeunesse et des Sports. Marly-le-Roi : Injep, 2001 : 94 p.
- Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon. *Prévention des accidents de sport et de loisirs chez les jeunes de 10 à 25 ans*. Étude exploratoire. Montpellier : Cres, 1998 : 146 p.
- Garry F. *Les accidents de sport chez les jeunes de 10 à 24 ans*. Paris : Cnamts, 1999, Point Stat. n° 14.

Guides et outils

- Bureau suisse de prévention des accidents (BPA). Safety Tool. Moyens didactiques pour la promotion de la sécurité à l'école : sports de glisse, roller, baignade, randonnées à vélo, jeux de ballons, randonnées. Documents téléchargeables sous forme de fiches techniques sur : http://www.bpa.ch/commandes/moyens_didactiques/index.htm
- Bureau suisse de prévention des accidents (BPA). Listes de vidéos et films sur : le sport, l'habitat et les loisirs, accompagnées d'une courte description de chaque outil. Listes disponibles sur : <http://www.bpa.ch/commandes/videos/film-slist.htm>
- Educa-santé. *Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes. Annuaire des ressources*. Charleroi : Educa-Santé, 1998 : 410 p. Mise à jour 2001, par disquette. Diffusion CFES.

Vidéos

- Berrier S. *Jusqu'où je m'arrête ?* Bobigny : La Cathode, 1998 : 14 mn
- Commission de la sécurité des consommateurs (CSC). *Mettez un casque à vos enfants*, Paris : CSC, 1998 : 9 mn
- Mascret S. *Danger au sommet*. Paris : Oro-leis, 1990 : 13 mn
- Mascret S. *La mer sans arrêt roulait ses dangers*. Paris : Oro-leis, 1989 : 13 mn
- Mascret S. *Dangers dans la ville*. Paris : Oro-leis, 1990 : 13 mn
- Salicetti S. *Risquer sa route*. Pantin : La Cathode, 1994 : 20 mn

Centre de documentation du CFES, Vanves.

La création d'un réseau hôpitaux-éducation pour la santé

Un partenariat original en Basse-Normandie

S'inscrivant dans les priorités régionales de santé de Basse-Normandie, l'Agence régionale de l'hospitalisation et le Comité régional d'éducation pour la santé ont contractualisé l'embauche de chargés de projet en éducation pour la santé dans sept hôpitaux de la région.

Depuis un certain nombre d'années, les études sur la santé en France montrent que les maladies et les souffrances modernes sont de plus en plus liées aux comportements individuels et collectifs. Devant ce constat, le rapport sur la santé en France, les conférences régionales et nationales de santé organisées par l'État ont conclu que l'éducation pour la santé était aujourd'hui une priorité afin d'améliorer la santé de la population. De même, en 1991, la nouvelle loi hospitalière du 31 juillet stipule que « les établissements de santé participent à des actions de santé publique et notamment à des actions d'éducation pour la santé et de prévention... ».

L'inscription de l'éducation pour la santé dans les politiques publiques

Pour impulser une véritable politique de prévention et d'éducation pour la santé dans la région de Basse-Normandie, le directeur régional des Affaires sanitaires et sociales entreprend, en s'appuyant sur le Comité régional d'éducation pour la santé (Cores), d'inscrire l'éducation pour la santé dans le Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) 1994-1998. Le Sros détermine pour cinq ans les grandes orientations de l'organisation sanitaire hospitalière de la région et prévoit les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis. Le Cores est sollicité pour participer à la rédaction du document.

Le directeur de la toute nouvelle Agence régionale d'hospitalisation (ARH) annonce, en 1996, lors de la

conférence régionale de santé de Basse-Normandie un budget d'1,2 million de francs pour réaliser les objectifs de prévention inscrits au Sros.

La mise à l'épreuve

Ce n'est qu'au printemps 1997 que le directeur de l'ARH et ses collaborateurs rencontrent le président et le directeur du Cores de Basse-Normandie. Les acteurs se testent d'abord, s'écoulent et finalement se reconnaissent comme partenaires complémentaires. L'ARH confie alors à l'équipe du Cores la coordination d'un réseau en éducation et promotion de la santé, à développer avec les hôpitaux de la région.

La mise en œuvre du réseau

En 1998, l'ARH met en œuvre la décision de consacrer quelques moyens pour la constitution de ce réseau. Les financements dégagés sont pérennes. L'ARH donne mandat au Cores d'animer, de coordonner le réseau régional et d'apporter un soutien en méthodologie et en formation aux hôpitaux qui souhaitent intégrer le réseau. Pour ce faire, l'ARH lance en 1998 et 1999, auprès des hôpitaux de la région, un appel d'offres à projet relatif à la mise en œuvre des priorités définies par la conférence régionale de santé, dont l'objectif général est de développer la démarche de prévention, d'éducation et de promotion de la santé en Basse-Normandie.

Sept hôpitaux répondent et sont retenus : les centres hospitaliers d'Alençon, Bayeux, Cherbourg, Picauville

(CHS), Falaise, Vire et le CHU de Caen. Chacun se voit attribuer les moyens de créer un poste de chargé de projet en éducation pour la santé, qui travaille pour moitié dans l'hôpital à l'éducation pour la santé des patients et pour moitié, à l'extérieur de l'hôpital, dans le secteur sanitaire, à des actions rentrant dans le cadre des Programmes régionaux de santé de Basse-Normandie (Prévention des actes suicidaires jusqu'en 2000); Prévention de la maltraitance, de l'alcoolisme, des cancers; Programme d'accès aux soins et prévention en direction des populations en difficulté sociale).

Une convention est signée en septembre 1999 avec l'ensemble de ces hôpitaux, l'ARH et le Cores. Elle détermine les missions, l'organisation et le fonctionnement du réseau.

- Le réseau Cores/Hôpitaux en éducation et promotion de la santé a pour mission de promouvoir au plan régional et, à terme, au sein de chaque secteur sanitaire, des actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé dans le cadre des priorités régionales de santé publique et de celles définies par ces institutions.

- Le réseau est constitué d'un comité d'orientation composé des signataires de la convention, chargé d'établir les grandes orientations de travail et le bilan des activités du réseau; du Cores et son équipe pluridisciplinaire dont la coordinatrice du réseau; des chargés de projet recrutés par les hôpitaux et dont les candidatures sont soumises pour avis au Cores. Ces derniers sont para-

médicaux ou travailleurs sociaux ayant si possible une formation complémentaire touchant à l'éducation pour la santé.

- Le Cores est chargé d'animer, de coordonner et d'apporter soutien méthodologique, conseil technique et formation auprès des membres du réseau.

Il réunit les chargés de projet une demi-journée par semaine pour travailler en équipe pluridisciplinaire. Ces réunions portent sur l'analyse des pratiques, la conduite de projets et la pédagogie de la santé. Il propose aux hôpitaux l'entrée des chargés de projet en formation longue de deux ans en éducation pour la santé, intitulée « Comprendre pour agir ». Cette formation, développée en partenariat avec l'Université (UFR des Sciences de l'éducation), correspond à un Diplôme Universitaire validé par la soutenance d'un mémoire.

Il participe au jury d'embauche des chargés de projet hospitaliers, ainsi qu'au comité de pilotage intrahospitalier composé de représentants de la direction, de la Commission médicale d'établissement et des paramédicaux, chargé de déterminer les priorités des actions intrahospitalières. Pour les actions extrahospitalières, le comité régional des politiques de santé exerce cette même fonction, de comité de pilotage.

Un réseau opérationnel

Aujourd'hui, les sept hôpitaux ont intégré le réseau et les chargés de projet ont été recrutés. Trois réunions du comité d'orientation se sont tenues en 2000-2001. Il a eu pour objectif de faciliter les embauches et l'entrée en formation des chargés de projet, d'échanger sur les projets d'action et de les faire connaître à l'ARH, de développer un esprit de réseau en établissant un rapport d'activité commun la première année, en proposant l'élaboration de projets tels que l'École de l'asthme régionale ainsi que l'adhésion de notre réseau au réseau international des Hôpitaux promoteurs de santé créé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le groupe d'analyse de pratique (GAP) réunissant les chargés de projet chaque semaine au Cores est effectif depuis plus d'un an. La séance est conduite par un conseiller méthodolo-

gique
d u
Cores.

Chaque sujet mis à l'ordre du jour est préparé par un chargé de projet sous la forme d'un écrit et d'un exposé oral d'une dizaine de minutes, conclu par un questionnaire qui fait l'objet du débat au sein du groupe. L'équipe méthodologique du Cores se réunit tous les deux mois pour faire le point sur les sujets abordés, l'implication des chargés de projet, les partenariats et le fonctionnement du réseau.

Les chargés de projet sur le terrain mettent en œuvre des projets en éducation pour la santé dont les hôpitaux sont porteurs en fonction des particularités locales et des étapes parcourues. Le Diplôme d'Université de chargé de projet en éducation pour la santé a débuté en octobre 2000. Les sept chargés de projet ont intégré la formation.

Le réseau Cores-Hôpitaux en éducation et promotion de la santé a pu voir le jour grâce au soutien de quelques protagonistes de la Drass de Basse-Normandie, mais aussi à l'engagement du directeur de l'ARH. Il a su prendre les moyens de réaliser les objectifs contribuant à développer une nouvelle approche de la santé orientée vers la prévention. Il a reconnu au Cores une compétence spécialisée et une expérience professionnelle pour encadrer cette nouvelle approche vers l'éducation et la promotion de la santé.

Extrait du Sros Basse-Normandie 1994-1998

« La concrétisation d'une politique régionale dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé est liée à des conditions particulières :

- participation active de la population concernée ;
- prise en compte de la santé « globale » (physique, psychique, sociale) ;
- définition d'intervention à l'échelle communautaire.

Ces caractéristiques impliquent de la part des professionnels des pratiques spécifiques :

- décloisonnement des disciplines : en particulier entre le médical, le social et le psychologique ;
- méthodologie rigoureuse à acquérir lors de formations théoriques et pratiques par des organismes compétents ;
- réunir et mobiliser les acteurs de terrain (professionnels, usagers, associations) et pas seulement les institutions ;
- avoir un projet commun ;
- disposer de compétences méthodologiques reconnues et validées.

(...) La réalisation des programmes d'action s'appuie sur les pôles de compétences que constitue le réseau du Comité français d'éducation pour la santé (comités régionaux et départementaux) dont les fonctions essentielles sont d'être des référents en :

- méthodologie
- formation

Soleil, mer et santé...

La qualité de l'eau de baignade, la qualité des sols, les déchets sont autant de composants de l'environnement à prendre en compte comme déterminants de santé. Alors que l'été apporte enfin son lot de soleil et que le citoyen se transforme en estivant, le moment est propice aux conseils et à l'information, car soleil et baignade peuvent être synonymes de risque. Voici quelques conseils pour profiter au mieux de ces instants de détente sans en subir les désagréments.

La mer, largement devant la montagne, est la destination privilégiée des estivants. Si les vacances égalent repos, soleil, baignade, il ne faut pas non plus occulter quelques dangers. L'eau et le soleil, indispensables à notre bien-être, nécessitent un apprentissage car ils peuvent devenir des facteurs de risques au même titre que le sable, la chaleur... « *Ce n'est pas parce que la plage est débarrassée des bouteilles de plastique, des restes de repas, que le sable est sain. Il peut en effet être pollué par les micro-organismes provenant des personnes qui vous ont précédé ou d'excréments d'animaux...* » (1).

Adapter la fréquence et la durée des expositions

Qui ne connaît pas le coup de chaleur? Les expositions trop répétées ou trop longues peuvent engendrer des effets qui vont du simple « coup de chaleur » à des conséquences plus graves selon la population, le degré d'exposition, etc. Ainsi, l'excès de chaleur peut provoquer trois types de problèmes. La poussée de chaleur, d'une part, avec une fatigue intense, de l'énerverment, des maux de tête et une envie de vomir; la syncope de chaleur, d'autre part, c'est-à-dire une perte de connaissance brutale précédée d'une sensation de malaise général; et enfin, le vrai coup de chaleur (très rare heureusement) qui débute par une fièvre très élevée à laquelle succédera un état de coma prononcé.

Que faire? Dans les deux premiers cas, il suffit généralement de refroidir la personne par des bains d'eau froide et

des boissons glacées. Le coup de chaleur pour un enfant se traduit par une poussée de fièvre souvent spectaculaire. Celle-ci peut être dangereuse car elle peut engendrer des convulsions. Il faut donc la faire baisser au plus vite en attendant le médecin.

D'une manière générale, en cas de forte chaleur, il faut éviter les expositions au soleil durant les heures les plus chaudes (11 h à 16 h), les excès alimentaires, l'alcool, les activités physiques soutenues. Enfin, il vaut mieux porter des vêtements légers et perméables – coton, lin – plutôt que nylon ou fibres synthétiques.

Écrans totaux pour éviter les coups de soleil

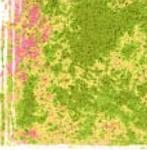
Une exposition modérée au soleil a des effets bénéfiques immédiats. Elle procure une agréable sensation de chaleur, de bien-être et permet la synthèse par notre organisme de la vitamine D. Si la peau protège, ses systèmes de défense sont vite dépassés et la production de mélanine n'est plus suffisante pour éviter la brûlure. « *Tout commence par le classique coup de soleil, brûlure due aux rayons ultraviolets. Il est le plus souvent bénin mais peut aller jusqu'aux cloques. À ce stade, ne touchez pas, ne percez pas les cloques et, bien sûr, évitez le soleil... Une exposition excessive au soleil peut avoir des conséquences bien plus graves : brûlures, vieillissement de l'épiderme, apparition ou aggravation de dermatoses ou de mycoses souvent bénignes mais pouvant devenir chroniques. Enfin, les expositions répétées au soleil (notam-*

ment aux UV) provoquent une recrudescence des cancers de la peau, particulièrement du mélanome malin » (1). Parmi toutes les formes de cancer, le cancer de la peau est, avec celui du poumon, le cancer qui augmente le plus vite : 7 % par an en Europe. Il augmentera de 8 à 10 % dans les trente prochaines années. En France, on dénombre cinq nouveaux cas par an pour 100 000 habitants, soit 6 000 nouveaux cas chaque année.

Il s'agit, la plupart du temps, d'éviter les coups de soleil tout en « s'assurant » d'un bronzage réussi ! Les écrans totaux qui n'empêchent absolument pas de bronzer, ainsi que des expositions progressives au soleil, sont les meilleurs alliés contre les coups de soleil. Il faut savoir que les nuages ne protègent pas toujours des ultraviolets, que le sable réfléchit comme un miroir et que les rayonnements les plus dangereux ne sont pas forcément les plus chauds.

Enfin, porter du parfum ou de l'eau de Cologne lors d'une exposition au soleil peut entraîner l'apparition de des tâches brunes sur la peau. Et, si vous prenez des médicaments (notamment certains antibiotiques), vérifiez sur la notice qu'il n'y a pas de contre-indication avec le soleil. En cas d'hésitation, demandez conseil à un pharmacien.

Boire suffisamment. Le risque de déshydratation n'est pas à négliger, en particulier chez les nourrissons, les enfants de moins de 5 ans et les per-



► Pour en savoir plus...

Les résultats des contrôles des eaux de baignade doivent être portés à la connaissance des usagers avec les commentaires sanitaires afférents. Ils sont affichés de manière visible sur les lieux de baignade et, éventuellement, communiqués en mairie, au syndicat d'initiative, à l'office de tourisme ou par voie de presse. L'État apporte une aide aux communes en fournissant des panneaux d'affichage pour 1 350 plages. Les services déconcentrés de l'État et les agences de l'eau sont chargés de relayer toute information concernant l'état sanitaire des eaux de baignade. On peut consulter l'intégralité des données sanitaires et environnementales de l'année précédente sur les sites respectifs des deux ministères (Santé et Environnement). De nombreuses documentations sont disponibles dans les préfectures, les Ddass et Drass, les directions de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement (Diren) et les agences de l'eau. Les données seront prochainement intégrées au Réseau national des données sur l'eau (RNDE) (voir Docs en vrac...).

sonnes âgées. Il est conseillé de boire régulièrement tout au long de la journée, un litre et demi pour un adulte.

Coup de soleil, coup de chaleur, il y a également les allergies solaires. Dans 95 % des cas, les réactions anormales au soleil sont d'origine allergique. Le délai d'apparition des troubles est variable : de quelques heures à quelques jours après le début de l'opération. Diverses symptômes sont reconnus comme la lucite estivale bénigne ou l'urticaire solaire, il est donc nécessaire de consulter un médecin.

La baignade sous surveillance

Le premier risque lié à la baignade est la noyade. Elle représente 22 % des accidents mortels pour les enfants de 0 à 4 ans Rappelons une règle absolue : à la maison, avant 2 ans, ne laissez jamais un enfant seul dans la baignoire ou dans une petite piscine de jardin. Dehors, avant qu'il ne sache nager, ne laissez pas un enfant seul au bord de l'eau, vingt à trente centimètres d'eau suffisent à la noyade.

Le second est l'hydrocution. Il s'agit d'une syncope due à la différence importante entre la température de la peau et celle de l'eau. Pour réduire ce

risque, il suffit de mouiller d'abord la nuque et le creux de l'estomac avant d'entrer dans l'eau et éviter de plonger directement après un bain de soleil. Enfin, sachez qu'il est dangereux de se baigner après un repas trop « arrosé », ainsi qu'après un effort physique intense qui peut provoquer des crampes.

La surveillance de la qualité de l'eau

Comme pour la qualité de l'air, la qualité des eaux, autre risque de maladies (suite à l'ingestion d'eau), est également l'objet d'une surveillance, notamment microbiologique, très attentive de la part des agents des directions départementales des Affaires sanitaires et sociales. Celle-ci est organisée depuis 1972 pour les eaux littorales et depuis 1979 pour les eaux intérieures. Cette surveillance concerne uniquement les sites autorisés à la baignade. Rapidement, deux catégories d'indicateurs sont utilisés pour mesurer la pollution : des éléments microbiologiques et des éléments physicochimiques. En terme de microbiologie, on recherche la présence de deux germes : *Escherichia coli* et streptocoques fécaux qui sont les deux indicateurs du niveau général de la qualité des eaux. En cas de pollution avérée, on recherche d'autres germes tels les salmonelles et les entérovirus. Plusieurs facteurs de pollution physicochimique sont surveillés : les mousses (substances tensioactives), les phénols, les huiles minérales, les résidus gonodroneux, les matières flottantes...

L'an dernier, 95 % des baignades ont été jugées conformes aux seuils microbiologiques fixés par la Commission de Bruxelles : 94,5 % des baignades d'eau de mer et 95,7 % de celles d'eau douce. Le nombre de plages fréquemment polluées, classées en catégories D (2), continue de diminuer. Les causes de pollution sont multiples : défaut d'assainissement des communes, apports diffus (ruissellements urbains, agricoles, etc.), apports accidentels (élevages, industries, camping, etc.), surféquentations, conditions climatiques extrêmes... Les risques pour la santé sont alors diffus. Ils dépendent des polluants.

Soleil, flot bleu, chaleur, sable fin... l'été est là. L'information aussi.

Denis Dangaix
Journaliste.



► Docs en vrac...

- L'association **Sécurité solaire** a pour objet la sensibilisation et l'information de la population sur les risques liés aux « surexpositions » solaires. Cette association est à l'origine d'un programme pédagogique intitulé « vivre avec le soleil », dans lequel s'insèrent différentes productions (livres, brochures, etc.) et notamment un coffret pédagogique pour les enfants de 6 à 12 ans. Siège social : Fondation Rotschild, 25 rue Manin, 75019 Paris. Bureau : 5 rue Danton, 93170 Bagnolet. www.securite-solaire.org ou www.infosoleil.com

• Sécurité des points d'eau

Un décret récent oblige les propriétaires de piscines privées à installer un dispositif de protection afin d'éviter les noyades. Ces renseignements sont disponibles dans votre mairie.

Brochure disponible dans les Ddass.

Vous trouverez des conseils de sécurité concernant la pratique de sports nautiques sur www.mer.equipement.gouv.fr (rubriques loisirs)

• Sites internet :

www.sante.gouv.fr (pages « santé », rubriques « dossiers » : qualité des eaux de baignade, marée noire, voyageurs (recommandations sanitaires, etc.)

www.environnement.gouv.fr

www.rnde.tm.fr (réseau national des données sur l'eau)

- Un site minitel- 36-16 code Ideal rubrique « info plage ».

(1) ABC, santé de l'été. *La Santé de l'homme* n° 312, juillet-août 1994. Voir aussi Mélanome : sous le soleil exactement. *La Santé de l'homme* n° 323, mai-juin 1996.

(2) quatre catégories de plages : de la A, la plus saine, à la D, la plus sale. Voir L'eau dans tous ses états. *La Santé de l'homme* de juillet/août 2000.





Pratique de l'entretien infirmier : pour une première approche.

Anne-Marie Leyreloup, Emmanuel Digonnet

L'entretien infirmier s'inscrit comme un soin dans un décret de 1993 portant sur les compétences des infirmiers. S'appuyant sur une enquête réalisée auprès de trois centres hospitaliers spécialisés, les auteurs tentent, dans cet ouvrage, de tracer les contours de cette technique. À partir de la retranscription directe d'entretiens, une première réflexion sur ce soin est proposée et pose les interrogations suivantes : que recouvre-t-il ? Où et comment se pratique-t-il ? Quelles en sont les limites et difficultés ? Des entretiens de différentes natures sont analysés : la consultation, l'entretien d'accueil, au téléphone, en situation de crise et de suivi médical, ou à visée psychothérapeutique.

L'accent est mis sur les situations particulières et délicates de certains entretiens : au cours d'une agitation, avec un patient délirant, pour révéler un diagnostic, l'entretien à domicile. Ces situations posent les limites de l'entretien infirmier qui sont aussi liées aux limites de compétences de l'infirmier. On trouve, en annexe, le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Sandra Kerzanet

Paris : Masson, coll. Souffrance psychique et soins, 2000 : 158 p., 148 FF.



Le plaisir dans l'assiette, la sécurité en tête...

Institut national de la consommation (INC)

Pour répondre aux consommateurs français et à leurs besoins d'informations en matière de sécurité et d'équilibre alimentaire, le Parlement européen et la Commission européenne ont initié une campagne sur la sécurité alimentaire dans les quinze

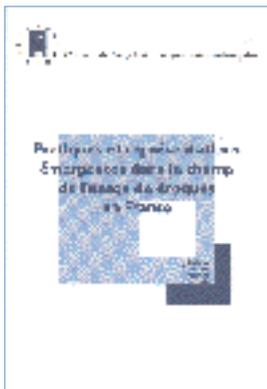
États membres. Cet ouvrage, s'inscrivant dans cette campagne, prétend ainsi répondre à une double vocation : informer le public français sur la réalité de la chaîne alimentaire et livrer des conseils pratiques.

Le rôle des pouvoirs publics est mis en évidence ainsi que la responsabilité du consommateur, qui commence dans le magasin, par la lecture d'une étiquette et le choix attentif de produits aussi sensibles que les produits surgelés ou réfrigérés. Les acteurs du système français de surveillance sont les ministères de la Santé, de l'Agriculture et de l'Économie qui travaillent en coordination. Ainsi, en France, plus de 8 000 personnes sont en charge de la surveillance sanitaire.

L'ouvrage donne, en quelques chiffres, la consommation nationale de viandes, poissons, laitages, fruits et légumes, oeufs, plats cuisinés, surgelés, boissons, conserves, additifs. Le fascicule décrit les précautions à prendre pour la conservation et la consommation de ces aliments. Il s'achève en soulignant que la sécurité alimentaire n'a jamais été aussi garantie qu'aujourd'hui. Cependant, bien que les risques liés aux aliments aient diminué, les maladies chroniques dues aux déséquilibres alimentaires ont progressé.

S.K.

Paris : INC, 2001 : 148 p. 8 FF de frais de port (80, rue Lecourbe, 75732 Paris Cedex 15).



Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France. Juillet 1999-juin 2000.

Laboratoire de recherche autonome sur les sociétés (LIRESS).

A. Fontaine, C. Fontana, C. Verchere, R. Vischi

L'objet particulier de cette étude consiste à restituer les pratiques et les représentations émergentes dans le champ des drogues en France. Ce recueil de données, réalisé en 1999 sur douze mois, s'est étendu sur plusieurs grandes villes. La population observée est celle des usagers d'un ou plusieurs produits psychoactifs référencés par l'étude. Dans une première partie, sont abordés les contextes de consommation, les représentations, les pratiques de poly-usage. La deuxième partie analyse les caractéristiques de différentes substances psychoactives : le speed, la cocaïne, la kétamine, l'héroïne, le rachacha et produits « rares ». L'étude dresse un portrait de chacune : son historique, les contextes d'usage, les effets recherchés et ressentis, le rapport au produit et stratégies de gestion, les représentations et discours sur le produit. La troisième partie aborde la notion de « perception du risque

» qui évolue au cours du temps et de l'environnement dans lequel se situe l'individu. Il passe souvent par trois phases dans sa consommation de substances psychoactives : une phase de découverte où la notion du risque n'est pas ou peu prise en considération, puis une phase d'observation où il recherche à évaluer ses limites, et enfin une phase de positionnement par rapport au risque. Cette étude permet de dégager des « profils » d'individus mettant en relation leurs comportements face à eux-mêmes et au risque, aux autres et à l'environnement.

S.K.

Paris : OFDT, 2001 : 272 p.



Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

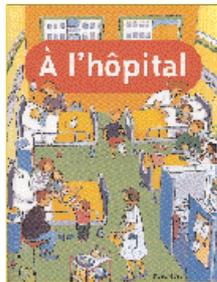
Rapport 2000.

Ce premier rapport de l'Observatoire créé par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, offre une synthèse des données aujourd'hui disponibles sur la pauvreté. Les données émanant des administrations sont complétées par celles des associations.

L'Observatoire recourt également à l'analyse des représentations de la pauvreté dans l'opinion et dans les médias. La deuxième partie de ce rapport apporte un développement spécifique sur deux aspects, la pauvreté des jeunes et les difficultés d'accès des populations défavorisées à leurs droits.

Fabienne Lemonnier

Paris : La documentation française, 2000 : 125 p., 65,60 FF (10 €).



À l'hôpital

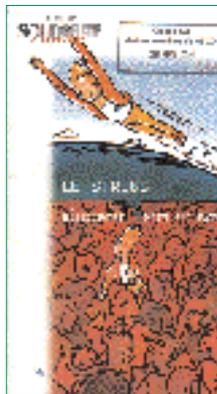
Un album illustré par Danièle Schulthess sur une idée d'Anne Fronsacq

Cet imagier, réalisé avec la participation de l'association Spadrap qui travaille à l'amélioration de l'accueil des enfants à l'hôpital, évoque l'arrivée d'une petite fille aux urgences et son parcours jusqu'au retour à la maison.

Destiné aux enfants à partir de 3 ans, ce livre leur permet de décoder l'univers de l'hôpital et d'échanger avec l'adulte.

F.L.

Paris : Père Castor-Flammarion, coll. « Ma vie en images », 2001 : 16 p., 42 FF.



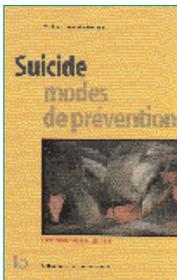
Le stress. Nécessaire mais pas fatal.

Union nationale des mutualités socialistes (UNMS). Service Promotion de la santé. Bruxelles.

Ce guide a pour but d'aider le lecteur à percevoir ses propres ressources et à les utiliser pour ne pas sombrer dans le stress chronique. Il comprend deux parties. La première partie, théorique, fait le point sur la nature du stress, ses causes, ses conséquences. La seconde partie propose une série de moyens pour augmenter la résistance au stress et retrouver une meilleure qualité de vie.

F.L.

Bruxelles : UNMS, service de promotion de la santé, 2000 : 54 p. (Diffusion : Service presse communication, 32/38 rue St-Jean, 1000 Bruxelles).



Suicide modes de prévention.

Viviane Janouin-Benanti

Cet ouvrage présente cinquante et une histoires de personnes vulnérables. Chaque cas est analysé avec l'objectif de fournir aux proches des clés qui leur permettent de détecter les situations à risque et d'apporter l'aide nécessaire. L'auteur complète ces études de cas par dix fiches pratiques sur les signes avant-coureurs et les moyens d'empêcher le suicide des adolescents, des personnes âgées, des victimes de sectes suicidaires. En annexe, sont recensés les numéros de téléphone et adresses utiles.

L'auteur, chercheuse française pluridisciplinaire – droit public, science politique et santé publique –, revient d'un séjour d'étude au Canada et aux États-Unis qui lui a permis de comparer cas et modes de prévention en matière de suicide. Depuis les années quatre-vingt-dix, elle se consacre à la vie associative.

F.L.

Québec (Canada) : Isabelle Quentin Editeur, coll. Les communicateurs, 1999, 200 p., 150 FF + 20 FF de frais de port (Diffusion de l'Édition québécoise, Paris).



Parlez-moi d'amour

Un film de Chantal Briet

Commentaire du Dr H. Jacquemin-Le Vern

Ce film de formation autour des relations amoureuses et de la sexualité à 16 ans est destiné à la formation des adultes, en particulier ceux qui dialoguent fréquemment avec les jeunes autour de ces sujets. Ce vidéogramme est constitué de témoignages d'adolescents qui s'expriment sur le langage qu'ils utilisent entre eux pour exprimer leurs sentiments, leurs désirs et sur la façon d'aborder ces sujets avec leurs parents.

Ces témoignages sont commentés par une gynécologue directrice du Planning Familial. Les témoignages sont variés et justes. Les garçons font part sans détour du vocabulaire qu'ils emploient, alors que les filles mettent plus de distance entre l'utilisation du langage et l'analyse qu'elles en font. Les interventions de la gynécologue valorisent et complètent les propos des jeunes.

F.L.

VHS Secam, 35 minutes, 1998. La Cathode Vidéo : 250 FF, frais de port 30 FF (119 rue Pierre Sénard, 93000 Bobigny. Tél. : 01 48 30 81 60. Mél : la.cathode@wanadoo.fr).

tabacs sans fumée

Pour que la cigarette disparaisse des magazines féminins, voici les 4 grands principes que les rédactions s'engagent à respecter aux côtés de l'**ASSURANCE MALADIE** et du **CFES**, avec le soutien du **MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ**.

- 1 Éviter de montrer des personnes qui fument
- 2 Ne pas faire référence aux plaisirs de la cigarette
- 3 Favoriser l'information des lecteurs sur les risques liés au tabagisme
- 4 Refuser toute association directe ou indirecte avec l'industrie du tabac

la presse féminine s'engage !