Chaque année :

11 millions d'accidents de la vie courante, 4,5 millions de blessés, 19 000 décès.

Que fait-on ?

Commission de la Sécurité
des Consommateurs

60
millions
INC

PREVENTION
MACIF

Onze millions d'accidents de la vie courante et 4,5 millions de blessés par an ;

19 000 décès par an, soit près de trois fois plus que les accidents de la circulation et vingt fois plus que les accidents du travail ;

Plus de 300 enfants de moins de quinze ans décèdent chaque année d'un accident de la vie courante.

Face à ce constat, trois acteurs aux compétences complémentaires, la Commission de la sécurité des consommateurs (CSC), l'Institut national de la consommation (INC) et Macif Prévention, se sont mobilisés pour proposer les bases d'une politique de prévention des accidents de la vie courante au plus près des citoyens et faire de la lutte des accidents de la vie courante une grande cause nationale.

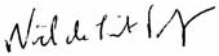
Le forum PRÉVENIR LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE, qui s'est tenu le 10 juin 2008, et dont le présent *Livre blanc* présente les réflexions et recommandations, avait été annoncé par M. Luc Chatel, secrétaire d'État chargé de l'Industrie et de la Consommation et porte-parole du gouvernement, lors du colloque LES NOUVEAUX ENJEUX DE LA SÉCURITÉ DES CONSOMMATEURS du 29 novembre 2007. Ce colloque rassemblait déjà l'ensemble des acteurs engagés dans la prévention des accidents de la vie courante : associations de consommateurs, fédérations professionnelles, acteurs de la société civile, mais aussi représentants des pouvoirs publics.

Avec leur participation active, le forum PRÉVENIR LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE a permis d'aller plus loin : au cours de cette journée ont, en effet, été présentées et discutées les conclusions et préconisations de six groupes de travail, constitués autour d'autant de thèmes prioritaires : la sécurité des enfants ; la sécurité des pratiquants de sports de loisirs ; la sécurité des personnes en situation de handicap visuel ou auditif ; la prévention des incendies domestiques ; la prévention des chutes au domicile des personnes âgées ; l'épidémiologie des accidents de la vie courante. En outre, douze risques spécifiques ont été analysés dans le cadre du *Livre blanc* et dix-neuf contributions des acteurs de la prévention ont été recueillies, qui reflètent tout à la fois leurs engagements respectifs et leurs attentes pour mettre un terme aux dommages causés par les accidents de la vie courante.

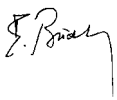
La synthèse de ces travaux fait l'objet du présent *Livre blanc*, remis au secrétaire d'État à l'Industrie et à la Consommation, porte-parole du gouvernement et aux différents ministres concernés. Ce *Livre blanc* fera également l'objet d'une diffusion auprès des participants à la deuxième Conférence européenne de la sécurité (Eurosafe), qui se tiendra les 9 et 10 octobre prochains durant la présidence française de l'Union européenne. Il sera enfin largement diffusé, notamment à partir de nos sites internet respectifs.

Outil de réflexion qui s'efforce de dresser un état des lieux et des enjeux propre à chaque risque analysé, le *Livre blanc* propose aussi et surtout des recommandations pour engager au plus tôt les actions nécessaires. Nous formulons le vœu qu'elles forment le socle de la relance d'une politique nationale coordonnée de prévention, fondée tout à la fois sur l'engagement des pouvoirs publics et sur celui des acteurs associatifs et privés qui ont manifesté, par leur participation à notre démarche, leur mobilisation active. Parce que cette démarche aura été partenariale, associant des acteurs de la société civile et du monde professionnel, parce qu'à l'évidence, les accidents de la vie courante sont l'affaire de tous, nous avons la conviction que c'est ensemble que nous pourrons demain passer à l'action. En ce sens, le *Livre blanc* ne marque pas le terme de notre démarche commune, mais bien plutôt le début d'une nouvelle mobilisation que nous aurons à mettre en œuvre ensemble, pour enfin faire reculer ce fléau.

Luc Machard
président de la Commission de la sécurité des consommateurs



Noël de Saint Pulgent
président de l'Institut national de la consommation



Éric Briat
directeur général de l'Institut national de la consommation

José Cerqueira
président de Macif Prévention

Gérard Goualc'h
directeur de Macif Prévention

Sommaire

Édito
p 2

Pour une politique de prévention des accidents de la vie courante
p 6

6 THÈMES PRIORITAIRES

p 15 | La sécurité des enfants
p 31 | La sécurité des pratiquants de sports de loisirs
p 53 | La sécurité des personnes en situation de handicap visuel ou auditif
p 69 | La prévention des incendies domestiques
p 81 | La prévention des chutes au domicile des personnes âgées
p 99 | L'épidémiologie des accidents de la vie courante

12 RISQUES SPÉCIFIQUES

p 116 | Appareils électroménagers
p 118 | Détecteurs autonomes avertisseurs de fumée
p 120 | Dispositifs électroniques d'aide à la conduite
p 122 | Échafaudages domestiques
p 123 | Lieux commerciaux
p 125 | Manèges forains et matériels d'attraction
p 127 | Minimotos
p 129 | Piscines privées
p 131 | Quads
p 134 | Sports d'hiver
p 136 | Téléphonie mobile
p 139 | Tondeuses à gazon

Que

19 CONTRIBUTIONS D'ACTEURS DE LA PRÉVENTION

p 142 Association de parents d'enfants accidentés par strangulation (APEAS)

p 144 Association des accidentés de la vie (FNATH)

p 145 Association française de normalisation (Afnor)

p 147 Association Léo-Lagrange pour la défense des consommateurs (ALLDC)

p 148 Association pour l'information et la défense des consommateurs-salariés CGT (Indecosa-CGT)

p 149 Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf)

p 151 Calyxis Pôle d'expertise du risque

p 153 CHU Necker-Enfants malades

p 155 Collectif Génération glisse protection

p 157 Confédération nationale des associations familiales catholiques (CNAFC)

p 159 Confédération syndicale des familles (CSF)

p 161 Consommation, logement et cadre de vie (CLCV)

p 163 Familles de France

p 165 Groupe de réflexion sur la sécurité électrique dans le logement (Gresel)

p 167 Groupement des entreprises de mutuelles d'assurance – Prévention (Gema-Prévention)

p 168 Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

p 170 Institut de veille sanitaire (InVS)

p 172 Union fédérale des consommateurs – Que Choisir (UFC-Que Choisir)

p 173 Union féminine civique et sociale (UFCS)

fait-on ?

Pour une politique de prévention des accidents de la vie courante

Le colloque du 29 novembre 2007 a réuni des représentants des organisations de consommateurs, des fédérations sportives, des fédérations professionnelles, mais aussi des institutions des pouvoirs publics, afin de débattre sur les nouveaux enjeux de la sécurité des consommateurs. Cette rencontre a permis de dresser un constat épidémiologique des accidents de la vie courante (AcVC) et de recenser l'information des consommateurs et la communication sur les risques de la vie quotidienne. Elle a aussi abordé deux volets particuliers : la sécurité des produits et des services à l'heure d'internet et celle des sports de loisirs. En substance, le colloque du 29 novembre 2007 a fait ressortir que le dispositif national de prévention mis en place depuis plusieurs années par différents acteurs ne parvient pas à endiguer ce fléau que sont les AcVC[1]. Face à ce constat d'échec, il fallait aller plus loin, pour proposer les bases d'une politique de prévention plus efficace. Cette première manifestation a donc été prolongée le 10 juin 2008 avec le forum « Prévenir les accidents de la vie courante », rassemblant un même public d'acteurs privés et publics, forum dont les travaux font l'objet du présent *Livre blanc de la sécurité des consommateurs*.

La démarche adoptée

Pour élaborer ce *Livre blanc*, une phase de concertation mobilisant experts et acteurs de terrain a été engagée, de mars à mai 2008, sous la forme d'ateliers, autour de six thèmes prioritaires :

- la sécurité des enfants ;
- la sécurité des pratiquants de sports de loisirs ;
- la sécurité des personnes en situation de handicap visuel ou auditif ;
- la prévention des incendies domestiques ;
- la prévention des chutes au domicile des personnes âgées ;
- l'épidémiologie des AcVC.

Le pilotage des ateliers était assuré par un président, assisté d'un rapporteur, sous la responsabilité d'un comité de pilotage comprenant les trois partenaires à l'origine de la démarche (la CSC, l'INC et Macif Prévention). La synthèse des travaux de chacun de ces ateliers a été validée lors du forum du 10 juin 2008. Chaque thème traité comporte une analyse de l'accidentologie recensée et de l'environnement juridique concerné ; un bilan des actions menées, notamment en matière de prévention aussi bien au plan national qu'au niveau local ; ainsi qu'une analyse du rôle des partenaires de terrain dans les actions conduites. Il débouche sur des propositions d'actions concrètes. Chaque thème est présenté systématiquement en trois temps : état des lieux, enjeux, recommandations.

Pour traiter chaque thème, les présidents et rapporteurs ont consulté un panel d'experts. Au total, 125 d'entre eux ont été consultés, selon la répartition suivante :

- la sécurité des enfants, 27 ;
- la sécurité des pratiquants de sports de loisirs, 26 ;
- la sécurité des personnes en situation de handicap visuel et auditif, 26 ;
- la prévention des incendies domestiques, 17 ;
- la prévention des chutes au domicile des personnes âgées, 16 ;
- l'épidémiologie des accidents de la vie courante, 13.

Le forum du 10 juin 2008 a validé les conclusions de chaque atelier. Présidents et rapporteurs ont brièvement présenté leurs synthèses respectives, qui avaient été préalablement adressées aux participants pour préparer le débat. Suggestions, remarques, amendements, ont été pris en compte dans la rédaction finale, soit dans le corps du texte,

1. Les actes du colloque, *Les Nouveaux Enjeux de la sécurité des consommateurs*, (éditions INC Documents), sont disponibles sur les sites internet : conso.net (INC) ; securiteconso.org (CSC) ; et macif.fr, rubrique prévention (Macif Prévention).

si le président et le rapporteur en étaient d'accord, soit, en cas de désaccord, signalés comme tels dans le texte publié. Avec 141 participants, la journée du 10 juin 2008 a connu une forte participation – supérieure à celle du colloque du 29 novembre 2007 qui avait déjà réuni 130 personnes – répartie ainsi :

- collectivités territoriales, 1 ;
- fédérations sportives, 5 ;
- organisations professionnelles, 11 ;
- autres organismes (fondations, associations), 11 ;
- organisations de consommateurs, 12 ;
- secteur santé, 12 ;
- autres entreprises, 12 ;
- établissements publics, 24 ;
- entreprises d'assurance, 25 ;
- administrations d'État, 28.

Sept cents invitations avaient été adressées, déclenchant 174 inscriptions, soit un taux de réponse positive de 25%. Le taux de participation effectif s'établit à 20% des invitations adressées, un taux sensiblement supérieur à celui recueilli pour ce type d'événement. La jauge de la salle étant de 200 places, le taux moyen de remplissage s'établit par conséquent à 70,5%. Ces données font ressortir la forte implication des experts et des publics sur la prévention des AcVC, qui révèle le haut niveau des attentes, mais aussi le fort potentiel d'acteurs, d'opérateurs et de relais susceptibles d'être mobilisés dans le cadre d'une nouvelle politique coordonnée dans ce domaine. Le *Livre blanc* comprend également deux autres parties. D'une part, douze risques spécifiques sont analysés en détail, afin d'apporter un éclairage technique, en complément des thèmes traités en ateliers et rappeler des recommandations qui n'ont pas été suivies d'effets. D'autre part, dix-huit contributions ont été apportées par dix associations de consommateurs agréées, des établissements publics œuvrant dans ce domaine (Cnaf, INPES)[2], des associations familiales et des organisations professionnelles. Ces organismes étaient invités à répondre à quatre questions :

- Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des AcVC ?
- Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?
- Quelles actions prioritaires devraient être menées ?
- Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

Par ailleurs, la CSC a organisé un forum électronique sur son site internet, securiteconso.org, destiné à recueillir les commentaires et les témoignages des consommateurs sur tous les sujets relatifs à leur sécurité.

Des recommandations convergentes

La diversité des situations examinées (enfance, personnes âgées, handicaps) et des risques analysés (activités de sports de loisirs, incendies domestiques, chutes à domicile) conduit à des recommandations adaptées à chaque cas d'espèce. Le lecteur trouvera dans chacune des contributions du livre blanc le détail de ces propositions spécifiques. Pour autant, à l'issue de ce travail particulièrement foisonnant, la convergence de bon nombre de recommandations mérite d'être soulignée.

La première convergence concerne la mesure statistique et épidémiologique des AcVC en eux-mêmes. On ne pourra pas parvenir à définir et mettre en œuvre des actions et des politiques de prévention adaptées si les outils de mesure demeurent imprécis et incomplets. C'est pourquoi la question de l'épidémiologie des AcVC a fait l'objet d'un atelier et d'une contribution distincte au sein du livre blanc, mais chacun des cinq autres ateliers thématiques a pointé les insuffisances et les améliorations possibles dans ce domaine. L'atelier consacré à l'épidémiologie a plus particulièrement relevé la nécessité : de mobiliser dans le champ de l'épidémiologie ; d'améliorer la coordination interministérielle ; de créer un observatoire national des AcVC ; d'utiliser les ressources des professionnels, fabricants et distributeurs ; de pérenniser un système de recueil à

2. Caisse nationale des allocations familiales, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

plusieurs étages ; d'utiliser le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) comme outil de recueil de données ; d'introduire une composante « évaluation » dans le recueil des données ; d'introduire également un indicateur de comparaison pour hiérarchiser les problèmes ; de définir une fiche type de recueil pour les grosses enquêtes qualitatives ; enfin, d'engager des enquêtes spécifiques sur l'exposition aux risques des enfants. En définitive, on soulignera ici que, en toute logique et dans un souci d'efficience, l'amélioration des outils de mesure constitue sinon un préalable, du moins une condition essentielle à la mise en place d'une politique de prévention générale des AcVC, déclinée ensuite pour chacun des risques particuliers et chacune des situations analysées[3].

La deuxième convergence concerne le rôle moteur de la législation et de la réglementation qui, sans être exclusif d'autres modes de régulation et surtout de la responsabilité des opérateurs (fabricants et distributeurs de produits, par exemple), demeure décisif pour orienter les comportements et prendre les mesures nécessaires à l'intérêt public. Dans le contexte de libre circulation des personnes et des produits, il est essentiel d'agir au plan européen dans ce domaine et la France peut ici prendre des initiatives fortes : adopter la révision de la directive « jouets » durant la présidence française de l'Union européenne et promouvoir l'adoption d'une directive sur les articles de puériculture[4]; baliser et signaler au moyen d'une signalétique définie au niveau européen les zones à risque au sein des espaces naturels de pratique de sports de loisirs[5]; adopter un plan national de prévention des chutes des personnes âgées répondant aux préconisations contenues dans la recommandation du Conseil de l'Union européenne du 31 mai 2007 sur la prévention des blessures et la promotion de la sécurité[6]. En outre, la législation et la réglementation nationale peuvent être améliorées en modifiant le code de l'urbanisme et du logement pour mieux prévenir les défenestrations d'enfants[7]; en imposant la détection et l'alarme incendie dans les habitations, ou en fixant les procédés d'isolation thermique ou phonique dans l'habitat[8].

La troisième convergence tient au rôle majeur que peut jouer la normalisation dans la prévention des AcVC, par exemple pour les jouets et les vêtements[9], ainsi que pour les produits et équipements à destination des personnes en situation de handicap[10], ou encore pour mettre en place, au plan européen, une norme harmonisant les niveaux de pistes de ski alpin[11]. Ce rôle dévolu à la normalisation implique de maintenir et même accroître le niveau des crédits qui y sont consacrés, de soutenir la participation des organisations de consommateurs et de l'ensemble des acteurs de la société civile à ces travaux et d'inciter les fédérations professionnelles à diffuser auprès de leurs adhérents les informations utiles sur l'état de la normalisation.
Au-delà des procédures de normalisation proprement dite, l'impératif d'une coopération avec les professionnels a été mis en avant par la plupart des ateliers. L'atelier relatif à la sécurité des personnes en situation de handicap visuel et auditif recommande ainsi de lancer une réflexion avec les industriels pour permettre l'identification par les déficients visuels des produits dangereux et des dates limites de consommation des produits alimentaires. Il propose également de sensibiliser les fabricants à l'innovation, pour mettre sur le marché des produits de nature à sécuriser les gestes de la vie quotidienne des déficients

3. Se reporter en premier lieu aux recommandations de l'atelier n° 6 sur l'épidémiologie des AcVC, mais aussi : au point 3.1. de l'atelier n° 1 consacré à la sécurité des enfants ; aux points 5 et 8 de l'atelier n° 2 consacré à la sécurité des pratiquants de sports de loisirs ; au point 3.1.3 de l'atelier n° 4 consacré à la prévention des incendies domestiques ; au point 3.1 de l'atelier n° 5 consacré à la prévention des chutes au domicile des personnes âgées.
4. Cf. point 3.2.2 de l'atelier n° 1 consacré à la sécurité des enfants.
5. Cf. point 3.1. de l'atelier n° 2 relatif à la sécurité des pratiquants de sports de loisirs.
6. Cf. point 3.6.3 de l'atelier n° 5 consacré à la prévention des chutes au domicile des personnes âgées.
7. Cf. point 3.2.3 de l'atelier n° 1 consacré à la sécurité des enfants.
8. Cf. points 3.1.1 et 3.2.4 de l'atelier n° 4 consacré à la prévention des incendies domestiques.
9. Cf. point 3.3. de l'atelier n° 1 consacré à la sécurité des enfants.
10. Cf. point 3.3. de l'atelier n° 3 consacré à la sécurité des personnes en situation de handicap visuel ou auditif.
11. Cf. point 3.2 de l'atelier n° 2 consacré à la sécurité des pratiquants de sports de loisirs.

visuels et auditifs, ainsi que pour développer la conception universelle des équipements domestiques afin de permettre leur diffusion la plus large à moindre coût[12]. L'atelier relatif à la prévention des chutes au domicile des personnes âgées suggère une mobilisation conjointe des professionnels de l'habitat et du secteur sanitaire et médicosocial[13]. L'atelier consacré à l'épidémiologie des AcVC propose d'utiliser les ressources des professionnels, fabricants et distributeurs pour mieux prendre la mesure des risques[14].

La quatrième convergence relevée tient au caractère indispensable d'une mobilisation et d'une coordination des acteurs locaux de proximité. L'atelier consacré à la sécurité des enfants pointe en particulier la nécessité de la diffusion de messages de prévention à l'école, dans les maisons de la petite enfance, les centres de loisirs associatifs ou municipaux[15]. L'atelier consacré à la sécurité des pratiquants de sports de loisirs invite à mieux repérer les établissements d'activités physiques ou sportives et à exploiter systématiquement leurs données[16], quand celui consacré à la sécurité des personnes en situation de handicap visuel ou auditif préconise d'imposer des normes d'aménagement de l'espace urbain, des transports et plus globalement, des espaces publics pour généraliser la présence d'équipements de sécurité[17].
L'atelier relatif à la prévention des chutes au domicile des personnes âgées relève enfin la nécessité de faire jouer un rôle d'alerte aux professionnels agissant dans la proximité, de coordonner les programmes de prévention au plan local et de faciliter les appels à projets et les réponses qui sont apportées au plan local et, enfin, de reconnaître le rôle pilote des conseils généraux, « *chefs de file de la prévention dans les départements, territoires pertinents de l'action sanitaire et sociale au plan local* »[18].

La cinquième convergence tient à une meilleure diffusion des « bonnes pratiques » qui ont déjà été expérimentées et mises en œuvre avec succès. Ainsi, l'atelier consacré à la sécurité des pratiquants de sports de loisirs propose-t-il de rendre obligatoire les questionnaires de santé avant toute inscription dans un établissement sportif ou à un événement sportif de masse[19], tandis que l'atelier consacré à la prévention des chutes des personnes âgées déplore que « *les interventions relevant des secteurs sanitaire, social, sportif, associatif, hospitalier [soient] trop cloisonnées* » et invite « *à développer des synergies entre ces intervenants pour pouvoir optimiser une réponse de prévention basée sur une amélioration de l'équilibre, qui est considéré comme essentiel pour diminuer le nombre de chutes et prévenir leurs récidives* »[20].

Une politique d'information cohérente sur les accidents de la vie courante

Les recommandations des six ateliers convergent également sur le rôle de l'information et de la communication sur les AcVC. Si ces actions ne sont pas suffisantes en elles-mêmes, elles sont indispensables pour accompagner la mise en place de mesures appropriées, que celles-ci relèvent des champs de la législation et de la réglementation, de la normalisation ou de dispositifs de prévention propres à chaque filière économique.

La nécessité de disposer de notices simplifiées mettant en avant les consignes de sécurité relatives aux produits, comportant des schémas clairs, un texte bien traduit et une validation par des panels de consommateurs, demeure impérative[21].
Mais une bonne articulation entre les actions de prévention menées et l'information du public apparaît fondamentale :
• ainsi, rendre obligatoire par la loi des dispositifs de détection et d'alarme incendie dans les habitations ne

12. Cf. points 3.3.6 à 3.3.9.
13. Cf. point 3.3.2.
14. Cf. point 3.5.
15. Cf. points 3.5 et 3.6.
16. Cf. point 3.5.17. Cf. point 3.3.1.
17. Cf. point 3.3.1.
18. Cf. points 3.2 et 3.6.1.
19. Cf. point 3.9
20. Cf. point 3.4.2.
21. Cf. point 3.4.1 de l'atelier consacré à la sécurité des enfants.

suffit pas. Il faut qu'une campagne d'information, destinée à sensibiliser la population en utilisant les médias aux heures de grande écoute accompagne l'entrée en vigueur de la loi, à l'instar de ce qui a été fait pour l'automobile[22];

• l'incitation au port du casque de vélo pourrait être recherchée en mettant en place des actions de communication susceptibles de rendre ce comportement plus « tendance »[23];

• les consommateurs doivent être mieux informés sur les étiquetages des produits, et en particulier sur la signification du marquage CE et des normes européennes et françaises[24].

En première analyse, les manifestations des risques, de nature et d'intensité variables selon les catégories de population et leurs situations (enfants, personnes âgées…), mais aussi la grande diversité des risques, semblent condamner par avance toute action fédératrice dans ce domaine. Il serait ainsi impossible de conduire sinon une campagne d'information sur les AcVC, du moins de définir et mettre en œuvre un plan national de communication articulant les actions menées selon les situations et les risques. Tel n'est pourtant pas notre avis.

On relèvera en premier lieu que nombre des AcVC ont en commun de survenir dans des lieux et des situations perçus *a priori* comme sécurisés (le domicile, voire le cadre de vie le plus familier – voir par exemple les accidents survenant dans la pratique des sports de loisirs ou dans les magasins). L'information dans ce cas se heurte aux mêmes risques : celui que les récepteurs la perçoivent comme intrusive, puisque relevant du cadre de la vie privée ; celui d'une vigilance moindre de chacun par rapport aux risques, car atténuée par le fait que chacun est placé dans un cadre familier et *a priori* rassurant ; celui enfin d'une assurance excessive (« fausse sécurité ») apportée par tel ou tel dispositif préventif, qui peut conduire là aussi à une atténuation de la vigilance (cas de la protection des piscines, qui ne dispense pas les parents de surveiller leurs enfants), voire à une majoration de la prise de risques (cas des casques à vélo). Ces difficultés communes justifieraient que l'ensemble des campagnes d'information lancées fasse l'objet d'une signature unique, faisant ressortir que la prévention des AcVC est un combat quotidien, dans un cadre familier et qui se gagnera avec la vigilance et le sens des responsabilités de chacun.

En outre, certains lieux ou certaines situations sont propices à l'existence de plusieurs risques, de nature différente, ce qui implique de communiquer de manière complète et transversale sur les actions de prévention. C'est le cas, par exemple, de la maison, dans laquelle peuvent survenir aussi bien des incendies domestiques que des accidents de piscine, en passant par des chutes. L'INC a ainsi développé un jeu éducatif à destination des jeunes enfants, *Théo et Léa, une journée à la maison*, qui prend en compte la multiplicité des risques potentiels à domicile. Cette approche peut être fructueuse et efficace sur le terrain de la sensibilisation aux risques des AcVC, comme elle l'est, de manière analogue, pour les campagnes sur l'utilisation rationnelle de l'énergie, les énergies renouvelables et la gestion des déchets au domicile des particuliers (campagnes Ademe), embrassant sous une signature commune l'ensemble des actions de développement durable qui peuvent être conduites par les particuliers, tout en déclinant chacun des problèmes et chacune des solutions qui peuvent être apportées.

Enfin, si les actions de prévention qui doivent être menées sont particulières à chaque situation et à chaque risque, il est indispensable de donner une cohérence et une lisibilité à la relance d'une politique nationale de prévention des AcVC. L'atelier consacré à l'épidémiologie des AcVC propose ainsi de faire des AcVC une « *grande cause nationale* »[25], en relevant que l'avantage de cette désignation « *est qu'elle permet de donner de la visibilité à un phénomène comme les AcVC, qui reste mal connu*

22. Cf. point 3.1.2 de l'atelier consacré à la prévention des incendies domestiques.
23. Cf. point 3.2. de l'atelier consacré à la sécurité des pratiquants de sports de loisirs.
24. Cf. point 3.4 de l'atelier consacré à la sécurité des pratiquants de sports de loisirs.
25. Cf. point 3.2.

des consommateurs eux-mêmes du fait de son hétérogénéité ». En outre, l'agrément par le Premier ministre d'une telle campagne, présentée par des organismes à but non lucratif, ouvre droit chaque année à la diffusion gratuite de messages par le service public de l'audiovisuel. Cet agrément permet également de récolter des fonds (dons, collectes), qui peuvent être affectés à des actions d'information ou à des programmes de recherche. Il permet aussi une meilleure prise en compte des problématiques par les Groupements régionaux de santé publique, alors qu'aujourd'hui celle des AcVC ne l'est pas au titre de la santé publique.

Sans préjudice de cette proposition, une première initiative forte pourrait être prise, qui consisterait à construire un portail internet de la prévention des AcVC, suggérée par l'atelier consacré à la sécurité des enfants[26]. Ce portail aurait pour vocation de mettre en ligne tout à la fois les actions et les dispositifs mis en place par les différentes administrations de l'État impliquées et les initiatives prises par les organismes professionnels et représentants de la société civile autour de ces questions, actions qui seraient sélectionnées en fonction de leur caractère effectif et pertinent par rapport aux risques concernés.

Ce portail devrait donc refléter une double mobilisation : celle des pouvoirs publics, qui réalisent déjà des actions concrètes et s'engageront plus encore dans ce domaine ; et celle des acteurs de la société civile et du monde professionnel, ce qui est une manière de capitaliser sur la mobilisation très réelle intervenue à l'occasion du lancement de l'initiative CSC - INC - Macif Prévention. En prenant en compte cette double mobilisation, le portail revendiquerait clairement que les AcVC sont l'affaire de tous : celle de l'État, évidemment, mais aussi celles des acteurs de la société civile et des entreprises, qui peuvent contribuer concrètement et à leur niveau, à la réalisation d'un objectif d'intérêt général, prévenir les AcVC. Ce portail aurait un triple objectif : fournir au grand public de l'information destinée à prévenir les AcVC ; mettre à disposition des organisations de consommateurs, des associations familiales, des associations de jeunesse et d'éducation populaire, des outils pédagogiques et d'information permettant de mettre en place des actions de prévention à leur niveau ; la mise à disposition de documents reproductibles libres de droits pourrait être privilégiée à cet égard, ainsi que le référencement des outils existants ; constituer une plate-forme de références sur la prévention des AcVC.

Soulignons, pour finir, la nécessité d'une cohérence de la communication publique sur l'ensemble des risques, au-delà de l'impératif d'une information sur les AcVC en tant que tels. L'atelier sur la sécurité des pratiquants de sports de loisirs pointe ainsi la nécessité de créer un programme de prévention national sur les bons gestes sportifs et les pratiques raisonnées, complétant et articulant les messages délivrés dans le cadre du Programme national nutrition santé[27].

Amélioration de l'épidémiologie des AcVC, rôle moteur de la législation et de la réglementation, mais aussi de la normalisation, mobilisation et coordination des acteurs locaux, meilleure diffusion des bonnes pratiques, cohérence et forte ambition de la politique de communication suivie : toutes ces recommandations, au-delà des spécificités propres à chaque situation et à chaque risque, qui ont toutes leur importance, dessinent bien les contours d'une politique nationale des AcVC que le présent *Livre blanc* appelle de tous ses vœux. Les partenaires de cette initiative (CSC, INC, Macif Prévention) considèrent qu'il sera indispensable de dresser le bilan des actions qui seront engagées. Nous vous donnons donc rendez-vous à tous en juin 2009, sous une forme qui reste à arrêter en concertation avec vous, pour faire le point sur l'engagement des pouvoirs publics, l'implication des acteurs et, souhaitons-le, les premiers résultats d'une politique destinée à rendre plus sûre la vie quotidienne de nos concitoyens.

26. Cf. point 3.4.2
27. Cf. point 3.10.

6 THÈMES PRIORITAIRES

La sécurité des enfants

La sécurité des pratiquants de sports de loisirs

La sécurité des personnes en situation de handicap visuel ou auditif

La prévention des incendies domestiques

La prévention des chutes au domicile des personnes âgées

L'épidémiologie des accidents de la vie courante

Président
M. Éric MOLINIÉ

Rapporteur
M. Jean-Philippe CICUREL

La sécurité des enfants

Compte tenu de leur âge, jusqu'à quatorze ans les enfants constituent une population vulnérable. Les plus jeunes d'entre eux sont exposés à des risques qu'ils n'ont pas les moyens de maîtriser, et les plus âgés adoptent parfois des comportements qui accentuent le danger qui les environne. Ils restent ainsi gravement touchés par les accidents de la vie courante, et ce, malgré les progrès qui ont été accomplis depuis les années 1980 et qu'attestent les résultats de l'épidémiologie. Cependant, comparé à d'autres pays, un chemin considérable reste à parcourir en France pour endiguer ce fléau.

Pour y parvenir, il faut sans doute combiner de multiples actions, agir sur les comportements et l'environnement, mobiliser tous les acteurs du monde de l'enfant, mais aussi impliquer les pouvoirs publics, au niveau local et national, le plus rapidement possible. À plus long terme, il est indispensable d'améliorer notre culture de la prévention, d'autant plus que les risques évoluent et que d'autres apparaissent, auxquels il faudra savoir faire face.

1. État des lieux

1.1. - Les statistiques et l'épidémiologie

1.1.1. - Définition

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont définis comme des traumatismes non intentionnels qui ne sont ni des accidents de la circulation ni des accidents du travail.

1.1.2. - Les sources

Les données de mortalité en France sont issues de la base nationale des causes médicales de décès, élaborée à partir des certificats de décès par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDC-Inserm). Les données sur les AcVC proviennent de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac), réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS), reposant sur l'enregistrement des recours aux urgences dans certains hôpitaux et comportant des indications sur la personne accidentée, les caractéristiques de l'accident et le produit impliqué.

1.1.3. - La mortalité

Les résultats qui portent sur l'année 2004, rendus publics en 2007, font état de 280 décès d'enfants âgés de 0 à quatorze ans, soit un taux de 7,2 pour 100 000 avant un an, de 4,3 entre un an et quatre ans, et de 1,2 entre cinq et quatorze ans. Les décès par AcVC représentent 20% des décès d'enfants d'un à quatre ans et 11% de ceux âgés de cinq à quatorze ans. Il s'agit de la première cause de décès chez les enfants de moins de quinze ans en France et en Europe.

Les noyades constituent la première cause de décès par AcVC chez les enfants de 0 à quatorze ans (77 cas), et en particulier pour la tranche d'âge d'un an à quatre ans. Au deuxième rang viennent les suffocations, responsables de la plus grande partie des décès chez les enfants de moins d'un an (33), qui représentent 63% des causes connues. Suivent les accidents causés par le feu, avec 38 décès, et les chutes, avec 33 décès.

Entre 2000 et 2004, le nombre de décès d'enfants de moins de quinze ans par AcVC a diminué de 23%, la baisse étant surtout sensible pour les noyades, les autres accidents demeurant stables. La baisse depuis 1990 atteint 50%.

Cependant, une étude comparative réalisée par la European Child Safety Alliance, rendue publique fin 2007, portant sur les enfants et adolescents jusqu'à dix-neuf ans, fait apparaître que le taux de décès par AcVC est en France trois fois supérieur à ce qu'il est en Suède, ce qui permet de considérer que près d'un décès sur deux pourrait y être évité.

1.1.4. - La morbidité

La base Epac dénombre 50 125 AcVC survenus chez des enfants de 0 à quatorze ans sur 106 911 enregistrements, soit une part de 47% du total. Avec un sex-ratio de 1,4, les garçons sont surreprésentés, et cela augmente avec l'âge : de 1,2 à un an à 1,7 à quatorze ans.

Le critère de l'âge

Les AcVC dont sont victimes les enfants se répartissent de la façon suivante : 4,5% au-dessous d'un an ; 33% d'un à quatre ans ; et 62,5% de cinq à quatorze ans.

Le critère du lieu

Le lieu est très variable selon l'âge de l'enfant. Avant l'âge d'un an, les accidents se produisent à l'intérieur de la maison dans 75% des cas alors qu'à treize ans, cela ne représente plus que 13% des cas. L'aire de sports et de jeux totalise 35% des accidents pour les enfants de quatorze ans. 15 à 20% des accidents se produisent à l'école pour les enfants âgés de six à quatorze ans. 10 à

17% des accidents ont lieu à l'extérieur de la maison entre trois et dix ans. Enfin, les accidents sur la voie publique représentent 4 à 12% du total pour les enfants de la tranche d'âge de 0 à quatorze ans.

Le critère de l'activité
Le jeu et les loisirs arrivent en tête, mais diminuent avec l'âge : de 85% à un an à 38% à quatorze ans. Le sport, lui, augmente au contraire avec l'âge pour atteindre 35% des accidents à quatorze ans. Les activités en milieu scolaire, quant à elles, représentent de 8 à 13% des AcVC des enfants âgés de six à quatorze ans.

Le mécanisme des accidents
Il s'agit principalement de chutes, dans plus de 50% des cas. Viennent ensuite les coups et les collisions, qui augmentent en fonction de l'âge : de 5 à 25% d'un an à quatorze ans. Les intoxications apparaissent assez marginales au vu des données de la base Epac. Toutefois, une étude nationale des centres antipoison parue récemment dénombre 108 000 intoxications d'enfants d'un à quatre ans, soit une part de 55% du total annuel. L'enquête noyade réalisée par l'InVS en 2006 (du 1er juin au 30 septembre) dénombre un peu plus de 200 noyades accidentelles d'enfants de moins de treize ans, non suivies de décès.

Les lésions résultant des accidents
On relève avant tout des contusions chez les très jeunes enfants et les jeunes adolescents, dans 45% des cas. Les plaies sont aussi des conséquences fréquentes (35%) surtout chez les enfants de deux à six ans. Les fractures augmentent avec l'âge : de 4% à un an à 20% à quatorze ans ; de même pour les entorses : de 1% à un an à 20% à quatorze ans.

La partie du corps lésée
La tête apparaît comme la partie du corps la plus souvent atteinte, mais cela diminue en fonction de l'âge : de 76% à un an à 12% à quatorze ans. Au contraire, les blessures des membres supérieurs et inférieurs augmentent avec l'âge des enfants : respectivement de 12% à 43% et de 6% à 36% de 0 à quatorze ans. Une étude menée par des pédiatres toulousains signale que 360 enfants ont été accueillis aux urgences de leur hôpital en moins de 10 mois entre 2004 et 2005 à la suite d'un coincement de doigts dans une porte. Plus de la moitié des enfants avaient moins de six ans. Si moins de 3% des accidents ont nécessité une hospitalisation, six d'entre eux ont dû subir une amputation totale ou partielle.

La prise en charge des accidents
Dans 50% des cas, les accidents sont bénins et n'entraînent aucun traitement. Dans près de 10% des cas, ils nécessitent une hospitalisation. Un suivi médical est pratiqué de façon croissante en fonction de l'âge : de 16% avant un an à 46% à quatorze ans.

En plus de ce recueil partiel de données issues de la base Epac, l'InVS calcule un taux d'incidence des AcVC au niveau national. Pour l'ensemble de la population, il s'établit à 7,5 pour 100 habitants. Pour les enfants de moins de quinze ans, il atteint 15,3%, soit une fréquence deux fois supérieure à la moyenne pour un nombre d'accidents estimé à 1 700 000 par an.
Cette estimation est réalisée à partir des données du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI), qui est une base nationale hospitalière de données médicales recueillies dans l'ensemble des hôpitaux en France. Mais ces données sont de qualité variable, même si la CIM-10 (Classification internationale des maladies, dixième version) apporte un degré de précision supplémentaire. En outre, ce programme est avant tout conçu comme un outil de gestion interne des hôpitaux.

La base Epac fournit également un certain nombre d'indications sur les produits mis en cause. Par exemple, plus de 40% des personnes impliquées dans un accident de barbecue ont moins de dix ans ; 20% des personnes chutant dans un escalier ont moins de quatre ans ; 34% des victimes de brûlures par liquide chaud ont moins de quatre ans ; les accidents impliquant une porte concernent dans 58% des cas des enfants de moins de dix ans ; enfin, les accidents de vélo touchent à 46% des enfants de cinq à quatorze ans, et la tête est touchée dans 32% des cas. Sur un plan chronologique, les AcVC surviennent plus souvent en mai et juin et plus rarement en décembre, janvier et février.

Les données de la base Epac sont donc utiles pour connaître les grandes caractéristiques des AcVC dont sont victimes les enfants, mais ce recueil souffre de certaines insuffisances : cette base est loin d'être exhaustive ; la qualité des données est hétérogène ; elles ne permettent pas d'identifier assez précisément le produit et le mécanisme de chacun des accidents.

1.1.5. - Les accidents en milieu scolaire

Leur recensement est confié à l'Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement par le décret du 6 mai 1995. Depuis 1996, il gère la Base d'observation des accidents scolaires et universitaires (Baobac).
Près de 60 000 dossiers d'accidents y sont saisis chaque année sur la base du volontariat, dont : 7 000 pour la maternelle, 16 000 pour l'élémentaire et 17 000 pour le collège. Le taux de fréquence des accidents augmente en fonction du niveau d'enseignement. Il est de 0,27% en maternelle, de 0,39% en élémentaire, et de 0,51% au collège. À noter qu'au collège, les accidents touchent beaucoup plus fréquemment les élèves de sixième que ceux des autres classes, avec plus de 5 000 cas par an, et surviennent d'abord en cours d'EPS, puis dans la cour de récréation, et enfin dans les escaliers ou les couloirs.

Chaque année, l'Observatoire interroge les inspections académiques à propos des accidents mortels qui ont eu lieu dans les établissements scolaires. En 2007, huit cas ont été dénombrés, dont quatre provoqués par un problème cardiaque en EPS ou en récréation ; un accident de la circulation ayant eu lieu devant l'école ; un cas d'allergie alimentaire ; un décès suite à un malaise ; et enfin un accident de défenestration. La Baobac fournit des données intéressantes mais souffre de certaines limites : elle n'est pas exhaustive ; sa méthodologie est perfectible ; elle est peu exploitée.

Une initiative originale concerne un risque ciblé, le projet Susy Safe. La CSC a participé au lancement en France du projet européen Susy Safe, qui vise à recenser les accidents d'enfants par suffocation ou inhalation à la suite de l'ingestion de petits objets.
Avec plus de 7 000 cas enregistrés en 2007, Susy Safe est devenue la première base de données européenne pour ce type de risque.
En matière épidémiologique, on peut déplorer que le projet de laboratoire d'analyse des AcVC annoncé en 2004 n'ait pas vu le jour. En revanche, on peut espérer que l'Observatoire initié par Calyxis (organisme de pôle d'expertise du risque, anciennement CEPR) pourra être mis en œuvre à compter de 2009 à partir des données d'accidents fournies par les mutuelles d'assurance.

1.2. - La sécurité des enfants par la prévention

1.2.1. - La perception des AcVC par les parents

Une enquête commandée par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) a été réalisée en 2007 auprès d'un échantillon de 1 000 parents d'au moins un enfant de moins de six ans. Elle montre que les parents sont très préoccupés par les accidents domestiques (75%). Ils sont conscients qu'un grand nombre d'entre eux peuvent être évités, notamment grâce à certains aménagements ou certains équipements. Pour ce qui concerne la nature des risques perçus, ils placent en tête les chutes et les brûlures, puis les intoxications et les électrocutions, avant les noyades, les chocs, les coupures et les étouffements. On note un certain décalage entre la perception du risque et la réalité épidémiologique. Les chocs et les étouffements sont sous-estimés et, contrairement aux cuisines et salles de bains, les balcons et garages sont perçus comme moins accidentogènes. L'enquête montre que les parents éprouvent de réelles difficultés à mettre en œuvre des comportements préventifs. Ils ont du mal à citer les gestes précis pour éviter les risques domestiques sauf lorsqu'un de leurs enfants ou celui d'un proche a été victime d'un accident. À l'égard de leurs enfants, ils ont généralement recours à la sensibilisation par le dialogue et l'explication des dangers ainsi qu'à la surveillance. Les petits équipements les plus connus sont les cache-prise et les barrières de sécurité pour les escaliers. Ils attendent donc une information ciblée et des conseils précis.

1.2.2. - Les campagnes d'information et de prévention

Au niveau national, la loi du 4 mars 2002 a confié ce rôle à l'INPES, dont on peut citer les opérations généralistes ou ciblées sur un risque.

Une campagne, qui repose sur la diffusion d'une brochure intitulée « Protégez votre enfant des accidents domestiques », vise les enfants de 0 à six ans. Après avoir rappelé les étapes de l'éveil de l'enfant et les risques associés à chaque âge, l'information porte sur les principaux types de risques (étouffements, noyades, chutes, intoxications, brûlures, électrocutions, etc.), leurs scénarios et les conseils pratiques à mettre en œuvre pour les éviter. Elle est diffusée aux parents par les PMI, les pédiatres et les crèches. Elle comporte peu de textes, beaucoup d'images très colorées, pour que les messages soient clairs et simples à comprendre. L'impact de cette campagne va être évalué prochainement.

Une campagne télévisuelle sur les grands médias nationaux, relayée par un DVD, intitulée « la maison de Victor et Léa : un réflexe en plus, un risque en moins » est diffusée deux fois par an durant trois semaines. Une série de quinze épisodes mettent en scène une famille composée de 3 enfants, Victor (quatre ans et demi), Léa (trois ans) et Lucas (un an) et de leurs parents, dans des situations de la vie quotidienne. Chaque film montre de manière simple et visuelle les bons réflexes à mettre en place pour éviter les petits accidents domestiques.

Une campagne est ciblée sur la prévention des défenestrations par la diffusion d'un dépliant, notamment auprès des bailleurs sociaux, et orientée vers les populations à risque.

Une campagne est menée sur la noyade en piscine privée, accompagnée du message : « Piscine protégée, il faut quand même me surveiller ».

Ces campagnes font systématiquement l'objet d'une évaluation en termes de compréhension, d'agrément et d'impact. L'INPES s'appuie sur un réseau d'acteurs locaux très développé qui relaie largement ces campagnes, même si la situation peut encore être améliorée. Néanmoins, la part du budget de l'Inpes consacrée à la prévention des AcVC apparaît à ce jour très limitée au regard de l'enjeu qu'ils représentent.

1.2.3. - Les autres initiatives

Elles sont très nombreuses et il est impossible d'en donner une liste exhaustive, mais on peut citer : la campagne organisée par la Fédération des magasins de bricolage sur la sécurité des enfants dans les magasins, qui a lieu durant une semaine tous les ans au mois de juin ; la campagne organisée par plusieurs mutuelles d'assurance sous la forme du « train de la vie plus sûre » qui sillonne la France et s'arrête dans une vingtaine de villes étapes où de nombreuses classes d'enfants sont accueillies à son bord pour assister à une présentation des principaux risques d'accidents domestiques mis en scène, accompagnée de conseils de prévention ; la campagne organisée par l'association « Assureurs prévention santé » sur les accidents domestiques ; la semaine des accidents de la vie courante organisée par la Fnath chaque année au mois de novembre.

1.2.4. - Les outils pédagogiques

Ces outils élaborés par de multiples organismes qui concourent à la prévention des accidents domestiques chez l'enfant, que ce soit des entreprises ou organismes privés (AXA Prévention), des associations (Ipad, Calyxis), des collectivités ou institutions publiques, ont été recensés et évalués par l'Institut national de la consommation (INC). Ils sont au nombre de 80, et il s'agit surtout de livres, brochures, bandes dessinées, vidéos et jeux destinés aux enfants eux-mêmes ou bien aux parents, aux enseignants ou aux animateurs. Entre autres, on peut citer : Ouvrons l'œil (Asseco-CFDT) ; Les Points chauds de la maison (Familles de France) ; la série Diablotin, pour enfants de trois à six ans (AXA Prévention) ; La famille Gafatout (GMF) ; Les Carnets de la prévention (Calyxis) ; Protégez vos enfants (Ipad), jeu de réflexe sur la sécurité domestique ; P'tit Paul et les dangers de la maison (DGCCRF) ; Une journée à la maison avec Théo et Léa (INC). Les fiches descriptives et d'évaluation de l'ensemble de ces outils pédagogiques sont en accès libre dans la pédagothèque de l'INC (sur www.consonet/education.htm).

Malgré l'intérêt que présentent ces outils, on peut leur adresser quelques critiques : les messages sont parfois confus ; la présentation manque parfois de clarté ; leur diffusion est restreinte. Depuis quelques années, ce

dernier inconvénient trouve une solution avec le développement des sites internet consacrés à la sécurité domestique, en particulier celle des enfants. Citons par exemple : accidents-domestiques.com ; lesexpertsdela-prudence.fr ; consonet/theolea.htm, pour les trois à six ans, en français, espagnol et corse ; pipades.ch.

1.2.5.- Les actions de terrain

Elles ont pour objectif d'apporter des conseils de prévention à un public cible au moyen de structures et d'acteurs situés au contact des familles, des parents et des enfants.

Les visites au domicile des jeunes mères de famille effectuées par une infirmière puéricultrice sont proposées par les services de PMI (protection maternelle et infantile). Cette action permet au professionnel d'apporter des conseils aux parents à la fois en matière de santé de l'enfant et au niveau de sa sécurité dans son univers domestique. Cette démarche personnalisée mériterait d'être généralisée, complétée et enrichie par la remise de documents, voire d'outils pédagogiques ou de petits équipements adaptés à la prévention des accidents de l'enfant. Elle s'inspire des expériences de Safe Communities, qui ont obtenu des résultats appréciables à l'étranger, en particulier au Québec, mais demandent des moyens humains, matériels et donc financiers.

Les réunions d'information et de prévention organisées par les Maisons de la petite enfance. Autour d'un professionnel qualifié – puéricultrice, psychologue ou éducateur –, elles réunissent des groupes de futurs parents ou de jeunes parents dont les enfants fréquentent la crèche ou la halte-garderie. Ces lieux d'accueil parents-enfants peuvent constituer des réseaux privilégiés d'échange d'informations et de prévention à condition d'être développés et bien connus.

Ces actions peuvent s'avérer tout particulièrement efficaces lorsque les jeunes parents, mieux informés et responsabilisés, se révèlent être à leur tour des relais de prévention à l'égard de leur entourage. En complément de ces actions, on peut noter que des organismes développent des initiatives pour venir en aide aux jeunes parents, notamment en matière de diagnostic de sécurité domestique (Tortue concept, par exemple). Les centres de loisirs associatifs ou municipaux pourraient également constituer des lieux de diffusion de la prévention des AcVC. Sans alourdir des programmes scolaires déjà chargés, dans un contexte différent de celui de l'enseignement, il serait possible de proposer des activités qui comporteraient une sensibilisation aux risques de la vie courante et des conseils sur la manière de les maîtriser. Cela suppose que les animateurs aient été formés et disposent d'un minimum d'outils adaptés. Ces initiatives locales, parfois isolées, appellent une certaine coordination et un bon niveau d'implication de la part des collectivités locales.

1.2.6. - Les mesures de prévention décidées au niveau national

Le plan de prévention des AcVC constitue aujourd'hui le cadre de référence qui regroupe les neuf actions prioritaires à mettre en œuvre dans ce domaine. Deux actions seulement concernent tout particulièrement les enfants.

La prévention des défenestrations : elle nécessite la révision de l'article R. 111-15 du code de la construction et de l'habitation et la révision des normes relatives à la conception des garde-corps. Ces mesures demandées par la CSC en octobre 2005 ne sont toujours pas intervenues. L'élargissement de l'apprentissage obligatoire de la natation pour les enfants : la généralisation de cet apprentissage n'a pas encore été vérifiée ni son évaluation effectuée.

Ce plan, élaboré en 2005, apparaît bien modeste au regard de l'objectif qui avait été annoncé de diviser par deux le nombre d'accidents d'enfants de moins de quinze ans d'ici 2008 et inscrit dans la loi de santé publique du 9 août 2004. Depuis son adoption, il souffre d'un manque de visibilité et d'impulsion au niveau politique qui explique la lenteur de sa mise en oeuvre. La mesure visant à créer un portail internet dédié aux AcVC et à leur prévention, inscrite dans ce plan, n'a toujours pas été suivie d'effet. Une autre mesure consistant à diffuser un passeport pour la sécurité des enfants âgés de deux à cinq ans, en complément du nouveau carnet de santé, semble, quant à elle, avoir été malheureusement abandonnée.

Ce carnet de santé, en vigueur depuis le 1er janvier 2006, comporte des messages de prévention des AcVC ainsi que des repères concernant le développement de l'enfant. Au total, ces informations occupent un espace de 3 pages sur les 96 que compte ce document. Les textes sont donc très brefs et ils sont illustrés de quelques dessins de petit format.

D'une façon générale, les messages relatifs à la prévention des AcVC ne contiennent pas assez d'informations sur les caractéristiques du développement psychosensoriel ou psychomoteur de l'enfant à destination des parents et qui leur permettraient de mieux exercer leur rôle et leur vigilance. En effet, un enfant n'est pas un adulte en miniature. Avant six ans : son champ visuel est restreint latéralement ; il ne fait pas de différence entre voir et être vu ; il estime mal les distances ; il n'appréhende pas le vide et ne craint pas de chuter ; il localise mal l'origine des bruits qui l'entourent ; il ne fait attention qu'à une chose à la fois ; il ne peut coordonner plusieurs mouvements simultanément ; le jeu est un besoin essentiel, et il se laisse guider par ses émotions.

1.3. - Les enfants et la sécurité des produits

1.3.1. - Le système Rapex

Le Rapex (système communautaire d'échange rapide d'informations) constitue la base du réseau au sein duquel les autorités nationales chargées de la surveillance du marché collaborent pour préserver la sécurité des consommateurs européens. Il garantit que les informations sur des produits de consommation non alimentaires dangereux découverts dans un État membre sont rapidement communiquées à toutes les autorités nationales et à la Commission européenne pour permettre la prise des mesures qui s'imposent en vue d'empêcher la fourniture de ces produits aux consommateurs. Il a été institué par la directive sur la sécurité générale des produits (DSGP).

Le nombre total de notifications enregistrées a fortement augmenté entre 2006 et 2007 puisqu'il est passé de 1 051 à 1 605. La France se classe au huitième rang avec 88 notifications, ce qui est peu par rapport à l'Allemagne qui en a effectué 163. Ce nombre a toutefois doublé entre 2006 et 2007. Il est d'ailleurs difficile d'interpréter cette disparité de chiffres entre pays européens. Par exemple, la Suède, qui a plutôt la réputation d'être un pays soucieux de la sécurité, n'a effectué que 15 notifications en 2007 alors que la Slovaquie en enregistrait 114. Il semble que la pratique des autorités nationales de surveillance des marchés soit variable d'un pays à l'autre en fonction notamment de leur organisation administrative interne et de l'ancienneté de leur adhésion à l'Union européenne. Une harmonisation des pratiques serait néanmoins souhaitable pour donner davantage de signification à ces chiffres.

Les jouets représentent 31% des notifications et arrivent au premier rang des produits signalés comme dangereux. Si on y ajoute les articles de puériculture et les équipements pour enfants, on atteint 36%. Plus d'un produit sur trois concerne donc la sécurité des enfants. Le risque principalement identifié est celui de l'étouffement, souvent lié à la présence de petits éléments, suivi par le risque chimique lorsque le niveau de certaines substances est trop élevé. Le pays d'origine de ces produits est la Chine dans 52% des cas. On se souvient qu'au cours de l'été 2007, plus de 18 millions de jouets ont été rappelés dans le monde en raison de la présence d'aimants qui pouvaient s'en détacher et provoquer la mort d'enfants surtout en cas d'ingestion de plusieurs d'entre eux et de perforation de l'intestin. Plus de 2 millions de jouets ont également été retirés du marché en raison d'un niveau trop élevé de plomb dans leur peinture.

Cette situation appelle trois remarques : sur le rôle des professionnels en ce qui concerne toute la chaîne d'approvisionnement de leurs produits ainsi que leur traçabilité ; sur la vigilance des autorités de surveillance du marché pour accroître leurs contrôles et bien les cibler ; sur le renforcement des contrôles de la part des autorités douanières avant l'entrée des produits sur le marché.

La Commission européenne a réagi en lançant deux initiatives : une évaluation des mesures de sécurité mises en place par les entreprises dans la chaîne d'approvisionnement des jouets « de la conception du jouet à la boîte qui le contient » et « de l'usine au rayon

du magasin » est prévue en 2008 avec la publication des résultats et les préconisations qui en découleront ; un « pacte de sécurité » sera conclu avec le secteur européen du jouet qui s'accompagnera d'une coopération accrue avec la Chine.

1.3.2. - Le rôle de la réglementation et de la normalisation dans la prévention des risques liés aux produits

La directive européenne relative à la sécurité générale des produits 2001/95/CE a été transcrite dans le code de la consommation français à l'article L. 221-1. Cet article pose le principe que les produits mis sur le marché par le professionnel doivent être sûrs. Il appartient à l'autorité de surveillance du marché, la DGCCRF, de s'en assurer par des contrôles réguliers.

1.3.3. - Les jouets

Ils sont soumis à la directive européenne 88/378/CEE du 3 mai 1988, transposée en droit interne par le décret du 12 septembre 1989, et qui renvoie à une série de normes définissant les exigences de sécurité auxquelles ils doivent répondre. Cette directive, la première prise dans le cadre de la nouvelle approche, est en cours de révision. Après vingt ans d'application, cette révision, d'une ampleur importante, devrait apporter de sensibles améliorations en matière de sécurité des jouets : son champ d'application sera plus vaste en élargissant la notion de jouet, défini comme « tout produit conçu ou destiné, exclusivement ou pas, à être utilisé à des fins de jeu par des enfants de moins de quatorze ans » ; les exigences de sécurité seront plus sévères concernant les propriétés chimiques des jouets, notamment liste plus longue de substances interdites ou tolérées avec des dosages abaissés et interdiction d'une liste de 38 substances parfumées allergisantes ; la classification des jouets selon le seuil de plus ou moins trente-six mois pourrait être clarifiée et complétée par d'autres seuils comme cela existe dans certains pays pour les très jeunes enfants (moins de dix mois) avec des exigences particulières de sécurité.

Il apparaît que le marquage CE, obligatoire pour les jouets, puisqu'ils sont soumis à une directive européenne, pose des problèmes d'interprétation aux consommateurs : sa présence est assimilée à une garantie de sécurité et, à l'inverse, son absence, même sur des produits qui n'y sont pas soumis, à un défaut de qualité, voire de sécurité. Une réflexion devrait être conduite à ce sujet afin de le modifier ou de le compléter par une mention ou encore d'assurer une meilleure information à propos de ce marquage. Il serait souhaitable que la révision de cette directive, la première depuis vingt ans, soit adoptée prochainement, durant la présidence française de l'Union européenne.

Les jouets sont également soumis à une vingtaine de normes européennes de la série EN 71. Elles vont être complétées cette année pour tenir compte du risque lié à la présence de petits aimants dans certains jouets. En revanche, on peut déplorer qu'elles ne comportent pas d'exigence de sécurité concernant l'accès au rembourrage ainsi qu'à l'arrachage des poils de peluches.

1.3.4. - Les articles de puériculture

Ils sont soumis au décret du 20 décembre 1991 qui renvoie à des normes prévoyant des exigences de sécurité par type d'article. Il définit l'article de puériculture comme « tout produit destiné à assurer ou faciliter l'assise, la toilette, le couchage, le transport, le déplacement et la protection physique des enfants de moins de quatre ans ». Les normes parues à ce jour concernent notamment les lits fixes et pliants pour enfants, les berceaux, les sièges de table, les trotteurs, les couffins, les voitures d'enfant, les barrières de sécurité, les dispositifs à langer, les parcs, les porte-enfants, les harnais, les sièges enfants pour bicyclettes et les chaises hautes. L'Afnor a prévu d'engager des travaux de normalisation concernant les réhausseurs à poser sur des chaises et les portiques ou balancelles pour enfants. En outre, il conviendrait de normaliser ou de réviser certaines normes concernant les articles suivants : anneaux de bain, aides au bain, baignoires pour enfants, barrières de lits, tours de lit et gigoteuses.

Si le décret de 1991 est de nature à assurer un niveau de sécurité des produits satisfaisant, il constitue un cadre

juridique français très spécifique qu'il serait envisageable de réformer : sa validité juridique semble contestable dans la mesure où il exige un marquage particulier pour les produits destinés au marché français (conforme aux exigences de sécurité) et il ne comporte pas de clause de reconnaissance mutuelle ; une directive relative à la puériculture pourrait trouver sa place à côté de celle concernant les jouets, ou bien encore un seul texte pourrait couvrir l'ensemble de ces produits.

1.3.5. - Les vêtements pour enfants

Dans ce domaine, une norme est venue couvrir les risques d'étranglement liés à la présence de cordons dans les vêtements d'enfant. Aujourd'hui, il apparaît souhaitable d'élaborer une norme prévoyant des exigences de sécurité relatives au risque d'arrachage de divers petits éléments comme les boutons, à l'origine de nombreux incidents portés à la connaissance de la CSC, et concernant de très jeunes enfants.

1.3.6. - Les appareils électroménagers

Même si ces articles ne sont pas destinés à des enfants, il est raisonnablement prévisible qu'ils soient utilisés en leur présence ou qu'ils puissent se trouver à leur contact. Sous l'égide de la Commission européenne, un groupe de travail a été constitué avec pour objectif d'inclure la présence d'enfants dans l'utilisation de ces produits. Des améliorations normatives pourraient ainsi être apportées au niveau de : la stabilité des produits ; l'accessibilité aux parties actives ou en mouvement ; les températures de surface, aux alentours des poignées notamment.

Des différents témoignages recueillis à la fois de la part des associations de consommateurs et des professionnels, il ressort que les notices d'utilisation des produits constituent des documents d'information importants dont la qualité pourrait être améliorée sur de nombreux points : présence d'une notice simplifiée ; recours à des illustrations avec peu de texte ; mise en avant des consignes de sécurité ; qualité de la traduction en français ; validation de la notice par des consommateurs.

La sécurité des produits à l'égard des enfants a considérablement progressé depuis une vingtaine d'années. Ce résultat est en grande partie le fruit de la normalisation. Des améliorations sont néanmoins souhaitables : de trop longs délais s'écoulent souvent entre l'identification d'un risque et l'entrée en vigueur de la norme qui le prend en compte ; de nombreux acteurs ne participent pas assez activement aux travaux de normalisation, comme les associations de consommateurs ou les administrations ; certains professionnels sont peu ou mal informés au sujet des travaux engagés ou des normes applicables ; la décoration de certains appareils ménagers qui les rend attractifs aux yeux des enfants doit appeler une attention particulière de la part des autorités de surveillance du marché ; les crédits que l'Administration consacre au financement des travaux de normalisation sont en baisse au point parfois de les retarder ou de les remettre en cause.

1.4. - Les risques émergents

Ils peuvent tenir à certains comportements à risque, à l'utilisation de certains produits ou services ou bien encore à la prise de conscience d'un problème lié à l'environnement.

1.4.1. - Les jeux dangereux

Dans le cadre scolaire, mais aussi en dehors, des « jeux » dangereux ont fait leur apparition. On peut en distinguer trois catégories : les « jeux d'expérience sur le corps », agissant sur la respiration, la circulation sanguine ou l'oxygénation du cerveau de type « jeu de la tomate », « rêve indien » et « jeu du foulard » ; les « jeux de pure violence », par agression de type « jeu de la cannette », « jeu du bouc émissaire » ou « jeu de Beyrouth » ; les « jeux de l'extrême », au nombre restreint de pratiquants, du type « autoroute », « torero », « sauts d'un toit à l'autre ».

Une enquête Ipsos de mai 2007 montre que 5% de la population française a connaissance de jeunes accidentés ou décédés après avoir pratiqué le « jeu du foulard ». Le nombre de décès recensés est faible mais sans doute sous-estimé : six en 2005 reconnus par

l'Éducation nationale, une quinzaine par an selon l'APEAS (Association de parents d'enfants accidentés par strangulation). La cause des décès est généralement référencée en tant qu'accident domestique ou suicide inexpliqué. Aucune nomenclature spécifique n'a été instituée, et une étude épidémiologique serait utile pour mieux mesurer ce phénomène. L'APEAS a notamment conduit une campagne télévisée en 2007 et apporte un soutien aux parents des victimes et des conseils de prévention aux familles. Le ministère de l'Éducation nationale a réagi en adressant des instructions et des conseils aux chefs d'établissement, notamment par la diffusion d'une brochure élaborée par un groupe de travail réuni sur le sujet. Les actions engagées doivent être poursuivies avec la sensibilisation des enseignants et des parents.

1.4.2. - Internet et les jeux vidéo

La plupart des familles sont équipées d'un ordinateur, et la majorité d'entre elles disposent d'un accès à internet. Le marché des jeux vidéo a connu un essor spectaculaire ces dernières années. Au regard de la sécurité des enfants, cette situation pose deux problèmes : l'accès à des informations de nature à heurter leur sensibilité (violence, pornographie) ; les conséquences d'une utilisation fréquente et prolongée de ces outils (addiction, épilepsie).

La loi du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique impose à tous les fournisseurs d'accès à internet (FAI) d'informer leurs abonnés de l'existence de moyens de filtrage d'accès à internet. Un dispositif de contrôle parental peut aussi être directement incorporé dans les systèmes d'exploitation, mais seulement les plus récents. Par ailleurs, une étude de l'association E-enfance, réalisée fin 2007, a constaté que certains logiciels étaient difficiles à installer, que les informations fournies aux parents étaient insuffisantes et que l'efficacité du filtrage était décevante, allant jusqu'à laisser passer 36% des sites violents ou pornographiques. Les jeux vidéo font, quant à eux, l'objet d'un étiquetage, mais il n'est pas généralisé, et certains jeux mériteraient d'être interdits à la vente, tout au moins aux mineurs. En tout état de cause, il n'existe aucune règle uniforme au niveau européen en matière de vente, d'étiquetage ou plus généralement d'information des parents.

1.4.3. - La qualité de l'air intérieur

Plusieurs études récentes ont mis en évidence la présence largement répandue de plusieurs polluants au domicile de particuliers. Parmi ces polluants, souvent regroupés sous l'appellation de « composés organiques volatiles » (COV), certains sont classés par l'OMS comme étant cancérigènes (le benzène, les formaldéhydes). À cela s'ajoute parfois la présence de monoxyde de carbone, un gaz qui peut être mortel. Les enfants, parce qu'ils sont jeunes, et donc plus sensibles et fragiles, sont aussi plus exposés à ces risques dans la mesure où ils passent plus de temps enfermés que les adultes. Par ailleurs, on constate une augmentation des pathologies respiratoires comme l'asthme ou les allergies.

La prévention de ce risque concerne le ministère de la Santé mais trouve aussi toute sa place dans le cadre des risques liés à la vie courante dans la mesure où la diffusion de ces polluants émane de nombreux produits de consommation largement présents dans les habitations comme les désodorisants, les produits d'entretien, les solvants, les moquettes, les rideaux et le mobilier. L'UFC a d'ailleurs été conduite, il y a deux ans, à déconseiller l'achat de douze commodes qui avaient été testées, surtout en cas d'installation dans une chambre d'enfant.

Les pouvoirs publics ainsi que des organismes comme l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur, l'Ademe (Agence de l'environnement et de maîtrise de l'énergie), le CSTB (Centre scientifique et technique du bâtiment) ont récemment pris conscience de ce problème. Quelques mesures, comme l'étiquetage des produits et matériaux de construction, ont été inscrites dans le Plan national santé environnement (PNSE) 2004-2008. Il conviendra d'en évaluer les conséquences dans le cadre de l'évaluation globale du PNSE prévue fin 2008. De plus, selon le ministère de la Santé, dans le prochain plan (PNSE2), les enfants devraient faire l'objet de mesures de prévention spécifiques en tant que population particulièrement fragile.

Sans attendre les résultats d'études scientifiques complémentaires, des mesures devraient être prises pour inciter les professionnels à diminuer le recours à certains polluants, réglementer leur présence dans certains produits et surtout informer les consommateurs sur leur existence, les risques qui y sont associés et les conseils pour les limiter, comme la bonne aération de leur logement. Ces préconisations pourraient s'appliquer aux locaux scolaires où les enfants sont également exposés à ces polluants.

2.Enjeux

2.1. - Prendre réellement la mesure du fléau que constituent aujourd'hui les AcVC et tout particulièrement ceux qui touchent les enfants, qui en sont plus fréquemment victimes que les adultes ;

2.2. - Mieux appréhender ce problème majeur de santé publique en améliorant la connaissance des AcVC (leur nombre, leur mécanisme et leurs circonstances) de manière à pouvoir mieux cibler les risques encourus par les enfants ;

2.3. - Abaisser de façon significative le nombre des accidents dont sont victimes les enfants pour atteindre le niveau de résultat enregistré par certains pays européens qui montre que près de la moitié d'entre eux pourraient être évités en France ;

2.4. - Agir sur l'environnement des enfants en améliorant la sécurité des produits qui leur sont destinés mais aussi celle de leur univers domestique ;

2.5. - Modifier les comportements de façon à faire progresser l'éducation à la santé et prévenir les risques auxquels sont exposés les enfants ;

2.6. - Mobiliser tous les acteurs du monde de l'enfance et les sensibiliser davantage à la prévention des AcVC ciblée sur cette population particulièrement vulnérable que sont les enfants ;

2.7. - Évaluer les actions mises en œuvre, mais également les compléter et surtout mieux coordonner et piloter l'ensemble des mesures prises pour concourir à la prévention des accidents d'enfants en France.

3.Recommandations

3.1. - Épidémiologie

3.1.1 - Mieux identifier les décès par accident de la vie courante au sein du PMSI.

3.1.2 - Élargir le recensement de la base Epac, qui est trop limité, et apporter davantage de précisions sur les produits impliqués et les mécanismes des accidents.

3.1.3 - Améliorer la qualité des données de la base Baobac et mieux les exploiter.

3.2. - Réglementation

3.2.1 - Adopter la révision de la directive « jouets » durant la présidence française de l'Union européenne.

3.2.2 - Promouvoir l'adoption d'une directive sur les articles de puériculture qui remplacerait le décret français de 1991.

3.2.3 - Modifier le code de l'urbanisme et du logement pour mieux prévenir les défenestrations d'enfants.

3.3. - Normalisation

3.3.1 - Introduire dans la norme sur les jouets des exigences de sécurité relatives à l'accès au rembourrage et à l'arrachage des poils des peluches.

3.3.2 - Adopter une norme relative à la sécurité des vêtements pour enfants comportant des exigences de sécurité relatives au risque d'arrachement de petits éléments.

3.3.3 - Maintenir le niveau des crédits consacrés à la normalisation compte tenu des travaux à mener.

3.3.4 - Améliorer la participation des associations de consommateurs et des administrations aux travaux de normalisation.

3.3.5 - Inciter les fédérations professionnelles à diffuser auprès de tous leurs adhérents une information aussi complète que possible sur l'état de la normalisation.

3.4. - Information des consommateurs

3.4.1 - Disposer de notices simplifiées, mettant en avant les consignes de sécurité relative aux produits, comportant des schémas clairs, un texte bien traduit, validées par des consommateurs.

3.4.2 - Créer un portail internet relatif aux AcVC et à leur prévention.

3.4.3 - Introduire dans les campagnes de prévention des AcVC des messages relatifs au développement de l'enfant et à ses capacités.

3.4.4 - Octroyer davantage de moyens à la prévention des AcVC au sein du budget consacré au financement des campagnes nationales.

3.5. - École

3.5.1 - Diffuser des messages de prévention des AcVC aux élèves en classe de sixième, qui sont plus souvent que les autres victimes d'accidents.

3.5.2 - Promouvoir des réunions de formation et d'information dans les classes maternelles avec des parents et des professionnels, sur la base du volontariat et de l'incitation.

3.5.3 - Équiper progressivement les établissements scolaires (primaires et collèges) de défibrillateurs pour intervenir en cas d'arrêt cardiaque.

3.6. - Actions locales de prévention

3.6.1 - Développer les visites effectuées au domicile des jeunes parents, lorsqu'ils le souhaitent, et les accompagner d'outils et de conseils en matière de prévention des AcVC, de façon à mieux les responsabiliser.

3.6.2 - Multiplier les réunions de prévention des AcVC organisées au sein des Maisons de la petite enfance.

3.6.3 - Éduquer les enfants aux risques de la vie courante dans les centres de loisirs associatifs ou municipaux.

3.7. - Internet et jeux vidéo

3.7.1 - Dresser le bilan de la loi du 21 juin 2004 sur la confiance dans l'économie numérique.

3.7.2 - Organiser une campagne d'information sur les risques associés à l'usage intensif de l'internet et des jeux vidéo par les enfants.

3.7.3 - Diffuser une information systématique sur les âges conseillés pour l'usage de certains jeux.

3.7.4 - Évaluer régulièrement et rendre publics les résultats relatifs à l'efficacité des filtres et logiciels de contrôle parental.

3.8. - Qualité de l'air intérieur

3.8.1 - Effectuer des enquêtes de mesure des polluants au domicile des particuliers.

3.8.2 - Informer les consommateurs à la fois sur l'origine et les risques liés à la présence des polluants domestiques.

3.8.3 - Limiter les sources de diffusion des COV (composants organiques volatils).

3.9. - Implication des pouvoirs publics

3.9.1 - Adopter un plan de prévention des AcVC renforcé.

3.9.2 - Doter la prévention des AcVC d'un pilotage opérationnel transversal et lui donner une réelle visibilité politique.

Composition du groupe de travail

Président
M. Éric MOLINIÉ, *vice-président de l'Association des paralysés de France*

Rapporteur
M. Jean-Philippe CICUREL, *secrétaire général de la Commission de la sécurité des consommateurs (CSC)*

Personnes auditionnées

Mme Monique ANSALDI, *responsable du service technique, Fédération française des industries jouet-puériculture*

M. Jean-Michel BILLIOUD, *chargé de mission, Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement*

M. le professeur Bertrand CHEVALLIER, *secrétaire général de la Société française de pédiatrie*

M. Raphaël CRINIER, *chef du bureau des biens de consommation, DGCCRF*

M. Laurent DUBOIS-MAZEYRIE, *adjoint au chef du bureau environnement intérieur, milieux de travail et accidents de la vie courante, Direction générale de la santé (DGS)*

Dr Georges GARCIA-BARDIDIA, *chargé de mission, Association de défense, d'éducation et d'information du consommateur (Adéic)*

Mlle Delphine GIRARD, *coordinatrice du programme santé-environnement et accidents de la vie courante, direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)*

Mme Françoise GOUPIL, *chef de projet senior normalisation, Afnor*

M. Frédéric HAUSEMER, *directeur qualité, société Dorel*

M. Jean-Marie LUCAS, *président de la commission technique jouets, Fédération française des industries jouet-puériculture*

Mme Béatrice MAGDELAINE, *chargée de mission, Familles rurales*

M. Franck MATHAIS, *secrétaire général, Syndicat français du jouet et des produits de l'enfant*

M. le docteur Philippe MEYER, *anesthésiste-réanimateur, hôpital Necker*

Mme Micaëlla MORAN, *journaliste, UFC-Que Choisir*

M. Ibrahim MOUSSOUNI, *adjoint au chef du bureau enfance et famille, Direction générale de l'action sociale*

Mme Françoise OUVRARD, *adjointe au chef du bureau des affaires réglementaires et du marché intérieur, Direction générale des entreprises*

M. Laurent PARROT, *chef de projet normalisation, Afnor*

M. Christian PRESTAT, *responsable réglementation et normalisation, groupe SEB, Gifam*

M. Laurent REBOULLET, *chargé de la législation et des normes, société Ikea*

M. Nicolas REVENU, *chargé de mission, Union nationale des associations familiales (Unaf)*

M. Jean-Pierre STEPHAN, *chargé de mission, Confédération nationale des associations familiales catholiques de France (CNAFC)*

Mme Nadine VIERS, *secrétaire générale de l'Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement*

M. Francis WELVART, *directeur du centre de qualification des produits et équipements, Laboratoire national d'essais et de métrologie*

Personnes contactées

Mme le docteur Brigitte LEFEUVRE, *bureau santé des populations, Direction générale de la santé (DGS)*

Mme Véronique LAVRILLEUX, *directrice de crèche*

M. Pierre-Yves HADENGUE, *directeur de la qualité, société Leroy-Merlin*

Mme Florence GARRY, *CNAMTS*

Président
M. Georges CAPDEBOSCQ

Rapporteur
M. Xavier LE SAUX

La sécurité des pratiquants de sports de loisirs

Le loisir sportif, phénomène de société

Il existe en France une offre sportive très vaste. Au cours des dernières années, on a néanmoins constaté une croissance sensible de la demande qui ne rencontre pas forcément une offre adaptée. Amplifié par les campagnes de lutte contre la sédentarité et l'obésité, le fameux « Manger Bouger », ce désir de pratique différente n'est pas seulement mesurable à travers le développement des pratiques dites « libres ou autoorganisées » (jogging, natation, randonnée, ski…). Les structures tournées vers la compétition elles-mêmes voient le nombre de leurs pratiquants de loisir s'accroître (cf. figure 1).

Ces derniers recherchent une nouvelle forme de pratiques, tournées vers le loisir et la découverte, sans les contraintes inhérentes – ou prêtées – aux clubs sportifs traditionnels (horaires figés, nombre minimum de séances à suivre, progression imposée…), mais avec un encadrement sérieux qui permette à chacun de progresser à son rythme, de rencontrer d'autres personnes et de pratiquer avec plaisir et en sécurité. De nouveaux acteurs, comme les distributeurs de matériels sportifs ou les organisateurs privés d'événements sportifs de masse, jouent là un rôle qu'il n'est plus possible de négliger.

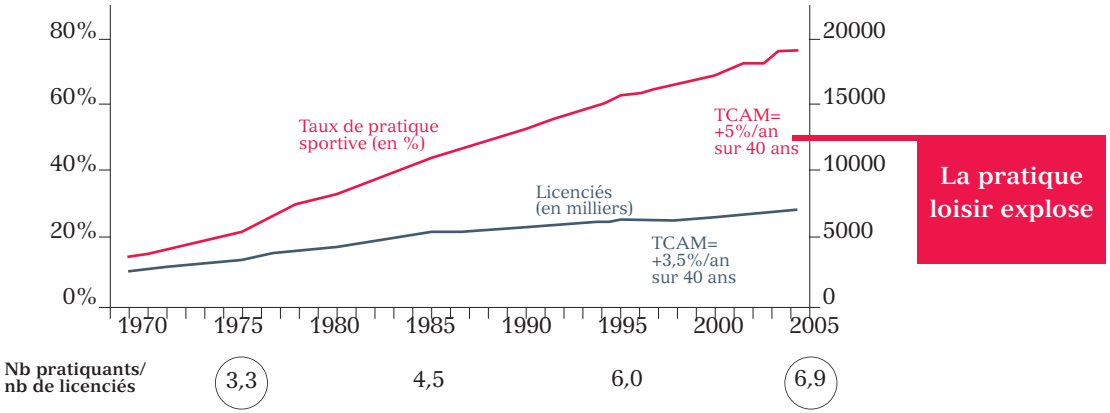
Qu'entend-on par « loisir sportif » ?

Un sociologue définit le sport comme *« la motricité ludique et compétitive approuvée par l'institution »*[1], précisant au sujet de l'institutionnalisation qu'elle « *différencie le sport de tous les autres jeux sportifs* ». Par opposition, le loisir est avant tout *« libération de certaines obligations, libre*

1. Pierre Parlebas, *Éléments de sociologie du sport*, PUF, 1986.

choix de certaines activités »[2], « *seule le caractérise sa forme libératoire ; il se présente comme un pur contenant* »[3]. Dans ce « *temps libéré* » se déploie et s'emploie une véritable « *force de loisir* » (P. Yonnet). Le sport est l'une des formes d'emploi de la force de loisir. Depuis les années 1930, l'élévation du niveau de vie, la réduction de la durée du travail, l'avènement des congés payés, ont entraîné une « *massification* » du « *sport-loisir […] parallèlement au développement du sport-spectacle* »[4]. L'*Essai de doctrine du sport* de 1965 consacrait un de ses premiers chapitres au « *sport de masse* », affirmait « *résolument* » le « *droit au sport* » et demandait une « *véritable démocratisation de l'organisation sportive qui doit in fine permettre à chacun de trouver le cadre adapté à ses désirs et à ses possibilités* »[5]. Vingt ans plus tard, la loi du 16 juillet 1984 affirme que le développement des activités physiques et sportives « *est d'intérêt général* » et que « *leur pratique constitue un droit pour chacun, quels que soient son sexe, son âge, ses capacités ou sa condition sociale* »[6].
Ce droit au sport, pratiqué régulièrement par seulement un tiers des Français[7], doit être mis en œuvre dans des conditions qui garantissent la sécurité des pratiquants.

Figure 1.- *Évolution comparée licenciés/taux de pratique sportive de la population française (quinze ans et plus) depuis 1968*



TCAM : taux de croissance annuel moyen

Source : données Sofres et MJSVA (ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative).

« Les deux tiers des sportifs pratiquent de façon entièrement autonome »[8]

2. Joffre Dumazedier et Aline Ripert, *Loisir et culture*, Seuil, 1966.
3. Paul Yonnet, *Travail, loisir*, Gallimard, 1999.
4. Paul Yonnet, *Systèmes des sports*, Gallimard, 1998.
5. Premier ministre, haut-comité des Sports, *Essai de doctrine du sport*, Une étude de la commission de la doctrine du sport, 1965.
6. Loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, dite « loi Avice ».
Voir aussi la Charte internationale de l'éducation physique et du sport de l'Unesco et la déclaration conjointe de la présidence slovène, du Conseil de l'Union européenne et des comités olympiques européens du 17 mars 2008.
7. Discours de la ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative devant l'assemblée générale du CNOSF, le 23 mai 2007.
8. Lara Muler dans *La pratique des activités physiques et sportives en France*, ouvrage collectif, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative et Insep, 2005 (enquête menée en 2003).

1. État des lieux

1.1. - Le risque, composante irréductible des loisirs sportifs

Le risque est une composante intrinsèque du fait sportif, qu'il soit de compétition ou de loisir. C'est encore plus vrai lorsque le sport est pratiqué en dehors de tout cadre associatif ou commercial. En revanche, la sécurité doit être considérée comme l'affaire de tous : elle ne peut incomber exclusivement aux fédérations ou autres structures organisatrices des événements de loisirs sportifs, aux élus locaux ou aux services de l'État. Les risques sont par ailleurs multifactoriels : les équipements sportifs, les matériels, l'encadrement, le terrain, etc.
L'atelier a choisi comme périmètre d'étude des activités de masse : la randonnée, qu'elle soit pédestre, cycliste ou nautique ; la course à pied ; et la pratique du ski alpin. Parce qu'elles regroupent une très grande part des loisirs sportifs (plus de 30 millions de personnes les pratiquent, selon les fédérations concernées) et parce qu'elles recouvrent à la fois des pratiques encadrées et des pratiques libres.

1.2. - Des données statistiques et épidémiologiques difficilement consolidables

Chaque année en France, environ 40 000 personnes décèdent de « mort subite », malaise mortel dû la plupart du temps à une malformation cardiaque. Sur la base du registre national de la mort subite du sportif, l'Inserm estime qu'entre 400 et 500 sportifs, occasionnels ou de haut niveau, sont chaque année frappés[9]. La moitié d'entre eux ont moins de quarante ans. Les trois sports les plus touchés sont ceux qui sont également les plus pratiqués : vélo, course à pied, et football. Cette corrélation laisse à penser que le décès n'est pas lié à une pratique sportive intensive, mais qu'il a lieu statistiquement dans une situation de la vie quotidienne qui exige un effort physique, et qui peut être le sport.

Selon l'enquête permanente de l'Institut de veille sanitaire (InVS) sur les accidents de la vie courante (AcVC)[10], 19% de ceux-ci surviennent sur les aires de jeux et de sport. Cela représenterait 900 000 personnes environ. La « pratique sportive » se place, derrière « l'activité de jeux et loisirs », comme la deuxième cause d'accidents ; elle concerne 73% d'hommes. Les accidents liés aux sports sont particulièrement fréquents entre dix et quarante ans ; ils représentent plus d'un accident de la vie courante sur trois entre quinze et vingt-quatre ans. Dans le sport, les lésions se répartissent en 44% de contusions, 21% d'entorses, 18% de fractures, 9% de plaies, et 8% d'autres lésions. Leur mécanisme correspond pour 60% à des chutes, 22,8% à des coups, 10,1% à un surmenage physique aigu et 7,1% à d'autres phénomènes (écrasement, coupure, perforation, corps étranger…). À la suite de leur passage aux urgences, 7% des sportifs blessés ont dû être hospitalisés, et 44% envoyés chez un médecin de ville.
43% des accidents sont survenus lors de la pratique de sports d'équipe : le football représenterait à lui seul 23% des accidents de sport (on recense 2 millions de licenciés footballeurs)[11], les accidents de sport d'hiver en forment 10%. La gymnastique apparaît seulement à la cinquième place, alors qu'elle compte près de 1,5 million de licenciés de loisir (toutes fédérations confondues).

9. Le site de la Fédération nationale Léo-Lagrange fait état de *« 2 000 cas de mort subite par an chez les pratiquants de tous sports et tous niveaux confondus »*.
10. *Description et incidence des accidents de sport,* résultats 2004-2005, InVS, réseau Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac).
Le réseau Epac, qui repose sur l'enregistrement des recours aux urgences, réunit des hôpitaux, mais de façon encore trop restreinte (10 sur 580).
11. C. Ricard, *Facteur de risque de survenue des accidents de sports. Baromètre santé 2005*, mémoire de stage, septembre 2007.

L'étude de l'InVS ne répertorie pas les activités de randonnée mais seulement la marche. Le Système national d'observation de la sécurité en montagne (SNOSM) avance, pour les sites de montagne, le chiffre de 1 300 interventions par an depuis 1999, et de 1 619 personnes évacuées, dont 37% étaient âgées de plus de cinquante ans, chiffres à rapprocher d'un effectif de 15 millions de randonneurs français (dont 1,5 million de licenciés toutes fédérations confondues).

La disparité des statistiques et la difficulté d'une consolidation fiable de leurs résultats font ressortir le besoin d'un recensement par une instance d'expertise, et suivant une méthodologie validée, des données sur l'accidentologie dans les pratiques sportives. En 2005, l'InVS a signé une convention avec le ministère de la Jeunesse et des Sports afin d'augmenter la collecte d'information sur les accidents intervenant dans la pratique sportive. Mais, à ce jour, aucune donnée n'a pu être communiquée aux autres acteurs.
Une mention particulière doit être faite du SNOSM, qui fournit au Conseil supérieur des sports de montagne (CSSM) des informations sur les opérations de secours dans les stations de sports d'hiver, et ainsi propose des axes d'action pour la prévention, la formation et la recherche en matière de sécurité des sports de montagne. Doté d'un comité de pilotage étoffé et multidisciplinaire, il recense les accidents intervenus toute l'année par l'intermédiaire des préfectures.

1.3. - Des pratiques émergentes à fort potentiel de développement ?

Deux tendances sont à souligner :
• en premier lieu, la tendance « outdoor », comme pour le canoë-kayak, dont le marché est en plein développement, et pour le « running ». Cette tendance rejoint les campagnes d'incitation à la pratique d'activités physiques et sportives et renforce l'opposition entre « sports encadrés » et « pratiques autoorganisées » ;
• en second lieu se répandent des pratiques extrêmes de masse. *« Chaque année se risquent sur des voies maintes fois reconnues et sans aucune visée de première ni de record quelques personnes dans la face nord de l'Eiger, quelques centaines de personnes sur les pentes de l'Everest, des milliers sur la seule voie "normale" du mont Blanc. »*[12] Et plus de 30 000 aux grands marathons populaires. *« En majorant la difficulté, l'extrême de masse majore les risques de traumatisme et d'accident grave. [...] La fréquentation de ses propres limites introduit à une zone de risque. »*

1.4. - Le comportement des pratiquants ?

N'est-il pas trop facile de dénoncer des pratiquants « déresponsabilisés », qui considéreraient que tant qu'il n'y a ni norme ni encadrement, le risque n'existe pas ? Les pratiquants de loisirs sportifs attendent – et ne sont-ils pas en droit de l'attendre ? – des pouvoirs publics, et plus largement des agents économiques et de la collectivité, qu'ils leur permettent de pratiquer ces activités dans des conditions de sécurité qui facilitent un exercice réfléchi de leur liberté : aménagement de l'espace ; fiabilité des équipements et du matériel ; qualité de la formation des éventuels intervenants, de la gestion des espaces aménagés et des équipements, et de l'organisation des « événements », notamment de ces regroupements de plusieurs milliers, voire de dizaines de milliers, de pratiquants amateurs de niveaux très différents qui se sont multipliés en France et à l'étranger. Par exemple, lorsque l'on randonne, le territoire naturel devient un espace sportif au même titre qu'un gymnase ou un stade. Comment réglementer son usage ? Comment l'adapter à la pratique sportive de loisir ? Comment le partager entre les différents types de pratiques ? Un véritable conflit d'usage peut s'instaurer entre celles-ci : randonneurs pédestres contre

12. Paul Yonnet, *Systèmes des sports*, ouvrage précité.

randonneurs VTT, skieurs contre « surfeurs » des neiges[13]. Comment ignorer aussi les nombreux accidents occasionnés aux randonneurs, joggeurs et cyclistes par des chiens mal surveillés ?

1.5. - Le rôle du mouvement sportif

Le mouvement sportif est principalement constitué de trois grandes familles de fédérations : les fédérations olympiques (athlétisme, natation…), les fédérations dites délégataires (rugby, golf…)[14] et des fédérations affinitaires et multisports (telles la Fédération française sports pour tous, la Fédération nationale Léo-Lagrange, l'Ufolep[15]). Il est représenté auprès des pouvoirs publics par le Comité national olympique et sportif français (CNOSF), association reconnue d'utilité publique que le code du sport charge d'une *« mission de conciliation dans les conflits opposant les licenciés, les associations et sociétés sportives et les fédérations sportives agréées »*, à l'exception des faits de dopage[16].

Le mouvement sportif ne forme pas un tout uniforme : les clubs et les fédérations ont des moyens financiers très variés, des niveaux de professionnalisation différents et des valeurs qui leur sont propres. *« Le modèle sportif français est un modèle spécifique d'organisation par la place qu'y occupe l'État et par sa très grande complexité, liée aux interactions entre de multiples acteurs. Il repose d'abord sur une relation relativement ambiguë entre sphère publique et sphère privée : l'organisation du mouvement sportif s'appuie sur une reconnaissance des fédérations sportives par l'État. La plupart des fédérations se sont vues chargées, tout en restant des groupements de droit privé, d'une mission de service public. »*[17]

Bénévoles (près de deux millions[18]) et associations sportives (175 000) peuvent sans doute être crédités pour une bonne part de l'élévation du taux de pratique sportive depuis quarante ans (cf. figure 2).

En France, comme dans d'autres pays d'Europe, des fédérations sont plus particulièrement chargées d'organiser la pratique sportive de loisir : principalement les fédérations « affinitaires » et multisports. Néanmoins, une fédération « délégataire » comme la Fédération française de ski estime que les pratiquants « de loisirs » forment le quart de ses 160 000 licenciés (sur 6,5 millions de pratiquants français). D'autres présentent la particularité de compter un nombre de licenciés loisirs très éloigné du nombre de pratiquants : par exemple, 190 000 licenciés à la Fédération française de la randonnée pédestre (FFRPP) pour 15 millions de randonneurs.

La Cour des comptes constatait en 2003 *« l'absence de coordination entre les interventions de l'État et des collectivités territoriales, alors que ces dernières jouent un rôle croissant, notamment en matière d'équipements sportifs »* ; *« un saupoudrage de crédits sur de multiples actions d'importance très variable »* ; *« des dysfonctionnements récurrents des instances dirigeantes »* des fédérations sportives ; et *« la faiblesse des fonctions de contrôle interne et externe »*. Elle a pris acte en 2006 des évolutions constatées depuis ses interventions : création du Centre national pour le développement du sport (CNDS), établissement public qui associe l'État, le mouvement sportif et les collectivités territoriales ; textes législatifs[19] qui donnent *« plus de solidité et de transparence à la gestion des fédérations »* et renforcent le rôle du ministère chargé des Sports ; engagement d'un « recensement national des équipements sportifs,

13. L'avis 01/08 de la CSC posait de même la *« question de la pratique en toute sécurité de plusieurs sports nautiques dans un même espace, certes aménagé, mais relativement confiné »*.
14. Qui reçoivent délégation du ministre chargé des Sports pour organiser les compétitions sportives à l'issue desquelles sont délivrés les titres de champion, pour procéder aux sélections correspondantes et pour proposer l'inscription sur les listes de sportifs, entraîneurs, arbitres et juges de haut niveau (articles L. 131-14 à L. 131-21 du code du sport). L'art. A. 131-1 du code énumère 51 fédérations sportives délégataires.
15. Union française des œuvres laïques d'éducation physique.
16. Articles L. 141-1 à L. 141-5 du code du sport.
17. Tiré de l'ouvrage *La raison du plus sport*, CNOSF, septembre 2006.
18. Recensés en 2007 par le CNOSF à l'occasion de son opération Carnet de vie du bénévole.
19. Lois du 1er août 2003 et du 21 juin 2004.

espaces et sites de pratiques »[20].

Auprès du ministre chargé des Sports, le Conseil national des activités physiques et sportives (Cnaps), organisme consultatif à la composition très large, est notamment consulté sur l'application des normes des équipements sportifs.

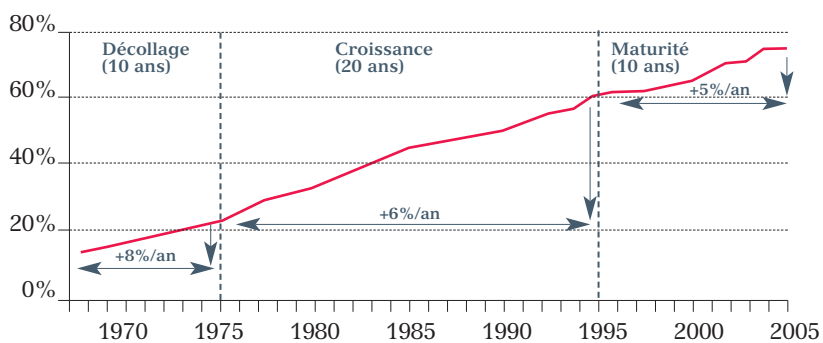
1.6. - Les normes et les directives européennes concernant les activités de loisirs sportifs

Les caractéristiques de sécurité du matériel sportif relèvent du domaine de la normalisation, la norme étant un « *document établi par consensus qui fournit, pour des usages communs et répétés, des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques, pour des activités ou leurs résultats, garantissant un niveau d'ordre optimal dans un contexte donné* »[21]. À la différence des réglementations européennes ou nationales[22], dont l'application est obligatoire, les normes (NF, NF EN, NF ISO) sont d'application volontaire, sauf exception. Toutefois, l'article L. 221-1 du code de la consommation impose une « obligation générale de sécurité » (OGS) : « *Les produits et services doivent, dans des conditions normales d'utilisation ou dans d'autres conditions raisonnablement prévisibles par le professionnel, présenter la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre, et ne pas porter atteinte à la santé des personnes.* »

Seuls certains matériels et équipements sportifs sont donc régis par un décret national (les buts de football, par exemple) ou par une réglementation issue d'une directive européenne. La directive Équipement de protection individuelle (EPI) concerne ainsi les casques (cyclisme, équitation, ski, escalade), les vêtements de protection (plastrons, protège-tibias), les aides à la flottabilité (gilets, combinaisons) et les protections contre les chutes de hauteur (cordes d'alpinisme, mousquetons…)[23].

À l'origine des autres normes concernant les activités

Figure 2.- ***Évolution du taux de pratique sportive en France depuis 1968 (en milliers)***



La pratique sportive a été multipliée par 4 pour arriver aujourd'hui à maturité avec encore 5% de croissance annuelle.

Source : données Sofres, Insee, ministère des Sports, analyse Chaire européenne de marketing sportif.

20. L'État et le mouvement sportif national (rapport public annuel, février 2004), Les interventions récentes de la Cour dans le secteur des sports (rapport public annuel, février 2006).
21. Guide ISO/CEI 2.
22. Dans le cadre de la directive 2001/95/CE du Parlement européen et du Conseil, du 3 décembre 2001, relative à la sécurité générale des produits.
23. Directive 89/686/CEE modifiée, d'application obligatoire au 1er juillet 1995, transposée pour la pratique des sports et des loisirs par un décret du 5 août 1994.

sportives – 90% des normes, selon la Fédération française des industries du sport et des loisirs (Fifas) – se trouvent les administrations (pour le kitesurf, par exemple), les industriels (murs d'escalade), les fédérations sportives (qualité et gestion des golfs) et les organismes de normalisation européens (CEN) et internationaux (ISO)[24]. Ces normes cherchent à accompagner l'évolution des pratiques. On note de plus en plus de normes « de services », élaborées pour promouvoir une démarche qualité dans l'encadrement des pratiques sportives.

L'Afnor anime le système français de normalisation (bureaux et commissions de normalisation, experts) en suivant les directives fixées par le délégué interministériel aux normes. Un « comité de pilotage sport » est chargé d'établir le programme et le budget annuels de normalisation dans ce secteur. Il est composé du ministère chargé des Sports, d'autres administrations (Éducation nationale, Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), Industrie, Intérieur), de l'Afnor, du CNOSF, de l'Association nationale des élus en charge du sport (Andés), de la Fifas et de la Fédération des sols sportifs.

Le catalogue de l'Afnor, *Les Normes des équipements et matériels sportifs* (novembre 2007), fait apparaître que ces normes portent surtout sur les sols sportifs et les salles sportives, les piscines et les équipements de piscine, les équipements et matériels de gymnastique, les casques et équipements de protection, le ski et les pistes de ski. Les dernières normes de sécurité concernent les sports les plus récents et les pratiques extrêmes : vol libre, kitesurf, surf des neiges, parcours acrobatiques en hauteur, structures artificielles d'escalade, saut à l'élastique.

D'application volontaire dans leur très grande majorité, les normes dans le domaine des loisirs sportifs sont, au jugement de la Fifas, appliquées à près de 100% par les fabricants, parce que ces documents de consensus expriment les règles de l'art à un moment donné et peuvent être recherchés par le juge.

Les services de la DGCCRF s'assurent notamment que les produits présents sur le marché offrent la qualité et la sécurité que le consommateur est en droit d'attendre[25]. Des contrôles récents (équipements de protection individuelle contre les chutes de hauteur, prestations de loisirs équestres) n'ont pas fait apparaître d'anomalies majeures au stade de la mise sur le marché, mais ont fait ressortir de nombreuses insuffisances dans la mise à disposition d'équipements d'occasion.

1.7. - La formation à la sécurité des animateurs et éducateurs sportifs

En France, on recense aujourd'hui trois catégories de diplômes ou de qualifications : les diplômes d'État (Bees[26], BPJEPS,…), les diplômes ou brevets fédéraux et les certificats de qualification professionnelle (CQP) reconnus par la branche. Différents organismes de formation, publics[27] ou privés, préparent à l'obtention de ces diplômes[28]. L'État, les fédérations sportives et les partenaires sociaux jouent un rôle prépondérant dans ce dispositif. Les titulaires de ces diplômes peuvent exercer contre rémunération ou bénévolement.

Le taux de professionnalisation des fédérations et des clubs est très variable. Certaines fédérations, comme la FFRP, disposent d'un encadrement bénévole diplômé à 40% (mais tous les animateurs sont reconnus compétents par leur président de club comme l'impose le règlement sécurité de la fédération) ; d'autres, comme la Fédération française EPMM[29] Sports pour tous, font majoritairement appel à des diplômés fédéraux rémunérés.

Sur la place de la sécurité dans ces formations, trois constats généraux peuvent être établis : quels que soient le ruban pédagogique, la durée de formation et ses modalités, la sécurité occupe souvent une part

24. Comité européen de normalisation, Organisation internationale de normalisation.
25. Article L. 221-1 précité du code de la consommation.
26. Brevet d'État d'éducateur sportif, qui comporte trois degrés de qualification, le premier étant homologué de niveau IV (bac professionnel).
27. Notamment les Centres régionaux d'éducation physique et sportive (Creps).
28. La filière universitaire des Sciences et techniques des activités physiques et sportives (Staps) conduit aux licences et masters professionnels.
29. Entraînement physique dans le monde moderne.

prépondérante ; les formations sur les pratiques de loisirs s'attachent principalement aux niveaux des pratiques (adaptation et mise en sécurité) et à la sécurité de l'exercice de la pratique ; lorsque la pratique se déroule dans un environnement à risques, la sécurité donne lieu à des mises en situation spécifiques comme la recherche de survivants lors d'une avalanche pour le Bees 1er degré de ski, ou le sauvetage d'un pratiquant dans un « rappel » pour le Bees 1er degré de canoë-kayak. Aucun de ces diplômes ne paraît avoir fait l'objet d'une norme de service.

1.8. - Des campagnes de prévention qui restent discontinues et monothématiques

Parce que les principales données émanent du SNOSM et des médecins de montagne, la communication de prévention s'est essentiellement concentrée sur le sport en montagne, été comme hiver (ski, randonnée, VTT, activités d'eaux vives…). Les résultats de ces campagnes ne sont pas relevés de manière systématique ; confié à un prestataire extérieur, le post-test des dernières campagnes hivernales a fait apparaître que 65% des personnes interrogées déclaraient avoir vu la campagne. Le SNOSM précise qu'une campagne pour une meilleure signalétique (croisements et zones de ralentissement) et un aménagement plus qualitatif des pistes de ski (travail de la neige, éradication des zones de verglas) a permis une réduction visible du nombre d'accidents.

2.Enjeux

Les pratiques de loisirs sportifs s'exercent significativement en dehors des structures qui les organisent (associations sportives ou de jeunesse, sociétés, intervenants libéraux, organismes municipaux, personnes compétentes exerçant à titre bénévole dans un cercle amical ou familial), mais de façon très variable selon les activités. Elles sont dites dans ce cas autoorganisées. Il convient aussi de noter que les activités sportives pour lesquelles les risques d'accident grave sont statistiquement les plus élevés (sports aériens, sports sous-marins, sports à corde…) sont rarement pratiquées en dehors de tout encadrement.

2.1. - Parler de sécurité reste tabou, particulièrement là où l'environnement n'est pas considéré comme « à risques »

Le loisir sportif est considéré avant tout comme un moyen de détente, voire d'épanouissement, par les pratiquants, collectivités, fédérations sportives et prestataires de services, qui ne se mobilisent pas spontanément pour des messages sur la sécurité. La crainte existe de voir chuter la pratique malgré ses bienfaits pour la santé, sujet qui vient de faire l'objet d'une expertise collective de l'Inserm[30].

2.2. - Que peut-on attendre de la normalisation ?

Comme l'indique l'Afnor, *« la norme établit un compromis entre l'état de la technique et les contraintes économiques à un moment donné »*. Elle *« propose des solutions à des questions techniques et commerciales concernant les produits, les biens d'équipement et les services »*.

La norme peut parfois freiner le développement des activités physiques et sportives. On l'a vu sur la pratique de l'aviron, où le port du gilet de sauvetage reste incompatible avec le geste du rameur. La sécurité doit alors s'organiser de façon spécifique : la Fédération d'aviron a édicté des contraintes de sécurité, notamment la présence de canots à moteur, qui compensent l'absence du gilet. Cet exemple montre qu'il est nécessaire de mesurer la spécificité de la pratique sportive. L'opinion est fréquemment exprimée que, pour les cycles, des normes inutiles ont été ajoutées au niveau européen.

La normalisation est payante pour ceux qui demandent son élaboration et aussi pour ceux qui souhaitent la consulter. L'Association des maires de France souligne en particulier que le coût pour les petites communes est disproportionné alors qu'il s'agit seulement pour elles de vérifier le contenu d'une norme à l'occasion de l'organisation ou de la réalisation d'activités ou d'équipements de loisirs sportifs. Elle relève aussi les difficultés que les communes rencontrent pour l'installation d'aires de jeux, tant le nombre de normes a engendré une inflation des coûts de ces équipements[31].

2.3. - Quels moyens pour identifier les risques ?

Le pratiquant de loisir sportif peut être alerté sur des risques liés à sa pratique par des messages sur le matériel sportif lui-même ou sur les lieux de pratique. Ainsi, le fabricant Décathlon a choisi d'inscrire sur le cadre de ses VTT une mention spéciale, inaltérable, recommandant le port du casque. Les notices des

30. Inserm, *Activité physique. Contexte et effets sur la santé*, mars 2008, Éditions Inserm.
31. Un décret du 10 août 1994 fixant les exigences de sécurité relatives aux équipements d'aires collectives de jeux a, en fait, obligé les collectivités à remplacer des aires de jeux anciennes par des aires conformes aux normes qu'il fixe.

matériels sont très développées en matière de sécurité, afin d'informer le pratiquant sur les bonnes pratiques et gestes techniques. Enfin, dans ses points de vente, des pictogrammes permettent de repérer les activités nécessitant une technique particulière.

Les lieux de pratique des loisirs sportifs sont souvent des espaces naturels. Le « stade » n'appartient pas à nos clubs, souligne la FFRP. Le travail pour la sécurité est donc nécessairement partenarial. Pour la FFRP, il prend notamment la forme du « balisage » des itinéraires par les bénévoles de ses comités départementaux[32] : *« Randonner sur un itinéraire balisé, c'est être assuré que l'on emprunte des sentiers et des chemins autorisés, conçus et entretenus pour l'accueil du public. »*[33] Mais, *« l'essor de la randonnée pédestre s'est traduit par la multiplication des balisages de toutes formes et de toutes couleurs. En outre, d'autres activités de nature se sont peu à peu structurées, générant sur le terrain d'autres formes de signalétique »*.

De même, la Fédération française de canoë-kayak (FFCK), depuis de nombreuses années, participe à l'identification des niveaux de difficulté des cours d'eau : un barème d'auto-évaluation de la pratique (pagaies de couleur) renvoie aux niveaux des cours d'eau ; une signalétique balise les obstacles susceptibles d'être dangereux (barrages, « rappels » au pied des barrages). Cette préoccupation a d'ailleurs été intégrée au code de l'environnement par la récente loi sur l'eau[34], ce qui reconnaît les efforts d'une fédération sportive pour une pratique en sécurité. Il est permis en revanche de s'interroger sur les niveaux attribués à certaines pistes de ski. Le niveau des pistes de ski est un enjeu commercial pour les stations de sports d'hiver qui veulent pouvoir proposer des pistes de différents niveaux. Mais il n'est ni homogène ni vérifié par une autorité centrale.

2.4. - Quelle prévention ?

L'action de prévention requiert une implication de l'État, des collectivités territoriales et du mouvement sportif. Peut être signalée au titre des bonnes pratiques l'action de prévention que conduit la FFRP : édition de dépliants présentant sous une forme attrayante conseils, recommandations, numéros utiles[35], édition aussi d'un substantiel *Guide pratique du randonneur*.

Les campagnes et actions de prévention gagnent en efficacité quand elles associent plusieurs partenaires : fédérations, ministères, collectivités territoriales, fédérations professionnelles, entreprises agissant notamment dans le cadre de la loi sur le mécénat[36]. Les meilleurs exemples en la matière concernent les mémentos *Sécurité en montagne hiver et été* édités à l'initiative du ministère[37].

2.5. - Quels équipements ?

2.5.1. - Les gilets de sauvetage

Les règlements fédéraux de sports nautiques n'imposent pas de manière systématique le port d'un gilet de

32. Les marques utilisées pour le jalonnement des sentiers et les concepts de GR (et GRP ou PR) sont déposés à l'Inpi.
33. Françoise Kouchner, *Le Guide pratique du randonneur*, FFRP (en partenariat avec l'ONF, Météo France, les ministères des Sports et de l'Environnement, le BRGM et l'IGN).
34. La loi n° 2006-1772 sur l'eau et les milieux aquatiques du 30 décembre 2006 impose une signalisation adaptée à cette contrainte à l'ensemble des propriétaires ou exploitants des ouvrages hydrauliques, et un aménagement adapté pour le franchissement ou le contournement de certains ouvrages.
35. *Mémento bien-être et santé* (10 pages de format « carnet »).
36. *Le Mémento pour partir en montagne l'été en sécurité* (8 onglets), produit par le ministère chargé des Sports, a ainsi bénéficié du soutien de 21 partenaires.
37. La CSC a d'ailleurs recommandé, dans son avis 04/01, une sensibilisation à la sécurité dans les centres équestres analogue aux « 10 règles de conduite en montagne ».

sauvetage. Toujours obligatoire lors des séances d'initiation, il peut se révéler, pour certaines pratiques sportives, incompatible avec la réalisation du geste sportif (l'aviron, par exemple). Néanmoins, *« la pratique ou l'enseignement de la nage en eau vive, du canoë, du kayak, du raft, ainsi que de la navigation à l'aide de toute embarcation propulsée à la pagaie »* doivent se conformer aux « garanties de technique et de sécurité » fixées par le code du sport[38] : les pratiquants sont équipés d'un gilet de sécurité et d'un casque. La Commission de la sécurité des consommateurs a d'ailleurs rendu un avis sur le sujet[39].

De manière générale, les fédérations sportives concernées mettent périodiquement en place des campagnes d'incitation, auxquelles s'ajoutent d'autres actions de prévention menées par des organismes du secteur professionnel, tel que l'Institut national de recherche et de sécurité. Il reste cependant encore un travail important de sensibilisation à faire auprès des plaisanciers et plus particulièrement auprès des utilisateurs de véhicules nautiques à moteur (comme le scooter des mers).

2.5.2. - Les casques pour cyclistes

En France, on dénombre environ 250 décès et 8 000 accidents par an (pratique sportive et utilitaire). Plusieurs études ont prouvé l'efficacité du port du casque sur la réduction de la morbi-mortalité dans le cadre des pratiques sportives et ludiques La Commission de la sécurité des consommateurs s'est déjà prononcée sur le sujet[40]. Les distributeurs et fabricants peuvent jouer un rôle décisif. La Fédération française des usagers de la bicyclette est opposée au port du casque. La Fédération française de cyclotourisme impose, quant à elle, le port du casque pour les moins de 18 ans et mène de nombreuses campagnes de prévention qui lui permettent aujourd'hui d'afficher 94% de licenciés qui portent un casque.

2.6. - Un encadrement et des formations qui s'adaptent aux modes de pratiques sportives de loisirs

La création récente des brevets professionnels (2003) et des premiers certificats professionnels de qualification (2007) marque une réforme des diplômes dans l'encadrement sportif : de brevets d'État consacrés jusqu'à présent (hormis le Beesapt[41]) à l'encadrement d'une seule activité (le football, le golf…), on tend désormais vers des diplômes plus transversaux (activités gymniques, activités nautiques, sports collectifs), tournés vers les activités multisports et préparant mieux à l'encadrement de loisirs sportifs. Les premiers nouveaux diplômes créés sont d'ailleurs le brevet professionnel spécialité « activités physiques pour tous » et le CQP spécialité « activités loisirs sportifs ».

Il convient toutefois de rappeler que si le Bees (brevet d'État d'éducateur sportif) est nécessaire pour un exercice salarié, libéral ou commercial, il n'y a pas d'obligation d'être diplômé pour l'encadrement bénévole. La FFRP indique ainsi qu'un quart de ses clubs ne disposent pas d'animateurs diplômés.

38. Arrêté du 4 mai 1995, codifié par l'arrêté du 28 février 2008. Voir notamment l'article A. 322-51.
39. Avis 01/08 précité relatif à la sécurité de la pratique des sports et loisirs nautiques dans les eaux intérieures.
40. Avis 03/06 de la CSC relatif à la prévention des traumatismes crâniens dans la pratique de la bicyclette.
41. Bees, option « animation des activités physiques pour tous ».

2.7. - Certificat médical et pratiques de loisirs : attentes et limites

Le loisir sportif n'est pas nécessairement sans danger, notamment pour les personnes qui reprennent une activité sportive après plusieurs années d'interruption et pour celles qui ne s'astreignent pas à la discipline d'un entraînement régulier et adapté. Le risque est double : accidents dus à une mauvaise condition physique (accidents cardiaques lors d'un effort prolongé – comme lors d'un marathon – ou d'un effort violent – comme lors d'un match de tennis ou de squash –, « fractures du premier jour » en ski), accidents dus à une faiblesse physiologique jusque-là non décelée.

La loi du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage[42] subordonne la première délivrance d'une licence sportive *« à la production d'un certificat médical attestant la non-contre-indication à la pratique de l'activité physique ou sportive pour laquelle elle est sollicitée »*, certificat dont « un renouvellement régulier [...] peut être exigé par la fédération en fonction de l'âge du sportif et de la discipline ». La présentation d'un certificat d'absence de contre-indication est également exigée des non-licenciés auxquels les compétitions *« organisées ou autorisées par les fédérations sportives »* sont ouvertes.

Ce *« certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive »* n'est pas un certificat d'aptitude à celle-ci. Il peut engager la responsabilité du médecin qui l'établit. La visite médicale correspondante n'est pas remboursable par la sécurité sociale, car il s'agit d'un acte de prévention.

Ce certificat est-il aujourd'hui adapté aux nouvelles formes de pratique sportive ? Il est aussi admis que nombre de certificats médicaux sont établis après une simple discussion avec le médecin de famille. Le modèle de certificat proposé par la Société française de médecine du sport est d'ailleurs loin d'être utilisé par tous les médecins.

Convient-il alors d'encourager le recours aux tests d'effort ? De l'avis des experts consultés toutefois, le test de Ruffier-Dickson, qui est le test d'effort le plus usité, serait aujourd'hui considéré comme insuffisant pour détecter les risques cardiovasculaires.

Par exemple, la Fédération française de cyclotourisme, à l'occasion de l'événement Paris-Pékin, a constaté, et ce, bien que les participants aient obtenu un certificat de non-contre-indication, que 10% d'entre d'eux présentaient des risques cardiaques lors d'examens médicaux spécifiques.

2.8. - La question de la responsabilité

2.8.1. - Le maire et la commune

Dans le cadre de ses pouvoirs de police[43], le maire doit notamment prévenir les accidents par des précautions convenables, et les faire cesser par la distribution des secours nécessaires. La responsabilité de la commune peut être engagée s'il est établi que les mesures de sécurité ou la signalisation des risques étaient insuffisantes. Le maire détient des pouvoirs de police spéciaux en matière d'activités nautiques et de baignade à partir du rivage[44]. Ici encore, l'absence ou l'insuffisance d'information des usagers est de nature à engager la responsabilité de la commune. Le maire peut donc être

42. « Loi Buffet » n° 99-223, complétée par la loi n° 2006-405 du 5 avril 2006 relative à la lutte contre le dopage et à la protection de la santé des sportifs. Articles L. 231-2 et 231-3 du code du sport.

43. Article L. 2211-1 du code général des collectivités territoriales (CGCT) : *« Le maire concourt par son pouvoir de police à l'exercice des missions de sécurité publique. »*.

44. Articles L. 2212-2, L. 2212-3 et L. 2213-23 du CGCT.

conduit notamment à : réglementer les conditions d'utilisation d'un équipement sportif ; autoriser l'organisation d'une course sur route ; réglementer l'utilisation des pistes ouvertes aux skieurs et interdire certaines pistes ; délimiter les zones de baignade interdite et les baignades aménagées et autorisées, et signaler les dangers en dehors des zones de baignade ; organiser les secours ; réglementer la circulation dans certaines voies.

Les collectivités territoriales ont évidemment un rôle considérable dans l'aménagement et l'équipement des milieux de pratique des loisirs sportifs : développement d'un réseau de pistes cyclables, aménagement de parcours de jogging, etc.

2.8.2. - Les fédérations sportives

« Afin de favoriser l'accès aux activités sportives sous toutes leurs formes, les fédérations visées au présent article et les associations de jeunesse et d'éducation populaire agréées par le ministre chargé de la Jeunesse peuvent mettre en place des règles de pratiques adaptées et ne mettant pas en danger la sécurité des pratiquants. »[45]

Les enceintes sportives destinées à recevoir des manifestations sportives ouvertes au public font l'objet d'une homologation par une commission de sécurité[46].

Le non-respect des normes de sécurité des installations sportives, même non obligatoires, *« peut engager la responsabilité des dirigeants sportifs »*[47], sur lesquels pèse une obligation générale d'assurance[48]. Envers leurs membres, les associations sportives sont tenues à une obligation de sécurité de moyens, renforcée pour les organisateurs de sports dangereux[49]. La responsabilité des associations et fédérations sportives peut aussi être engagée si elles négligent, comme c'est souvent le cas, « d'informer leurs adhérents de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels leur pratique peut les exposer »[50].

2.8.3. - Les préfectures

Les préfets animent et coordonnent l'action des services déconcentrés de l'État, notamment ceux de la jeunesse et des sports (voir supra 2.6 et ci-après 2.9).

Au titre de la police générale, les préfectures sont notamment saisies des demandes d'autorisation pour l'organisation d'événements sportifs sur une voie ouverte à la circulation publique, un circuit, un terrain ou un parcours[51].

2.8.4. - Les pratiquants eux-mêmes

Leur « responsabilisation » est un élément important de la sécurité des pratiques (voir supra 1.4). Elle passe notamment par la facturation du coût des secours rendus nécessaires par une prise de risque irréfléchie. Au-delà, les pratiquants doivent être conscients que l'indemnisation en responsabilité civile n'est nullement automatique, en application de la jurisprudence sur « l'acceptation des risques » par quiconque se livre à une activité sportive.

Pour illustrer la combinaison de ces différentes responsabilités, dont les intéressés ne sont sans doute pas suffisamment informés, peut être citée la solution récemment donnée par le juge administratif dans le cas où un jeune garçon (huit ans), skiant sur une piste rouge

45. Loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, article 16. Article L. 131-7 du code du sport.
46. Article L. 312-5 du code du sport (et dispositions pénales aux articles L. 312-14 à L. 312-17).
47. P. Harichaux, *Normes de sécurité et prévention des accidents du sport en France*, Science & sport, n° 20 (2005).
48. Articles L. 321-1 à L. 312-9 du code du sport.
49. Jurisprudence Cour de cassation. Exemples récents : voir *les Cahiers de droit du sport 2007*, CDS 8 et 9 (Notes J. Remacle et B. Brignon).
50. Article L.131-4 du code du sport. Voir cour d'appel de Chambéry, 11 mars 2008.
51. L'autorisation relève du ministère de l'Intérieur si la manifestation ou concentration doit se dérouler sur vingt départements ou plus.

du domaine skiable d'une commune, n'avait pu éviter un camarade, était sorti de la piste et avait heurté un pylône de téléski : la piste de ski, non aménagée, *« ne constituant pas par elle-même un ouvrage public »*, l'accident n'engage pas la responsabilité de la commune sur le fondement de la responsabilité pour *« dommages de travaux publics »* ; mais, en ne faisant pas aménager une protection du remblai du téléski, *« situé à proximité immédiate d'une piste dangereuse empruntée par de jeunes enfants »*, le maire a commis, dans l'exercice de ses pouvoirs de police, une faute simple de nature à engager la responsabilité de la commune ; l'imprudence du jeune skieur, *« qui ne portait pas de casque, skiait à une vitesse excessive qui l'a empêché de rétablir sa trajectoire »*, constitue une faute qui conduit à fixer à 50% la part de responsabilité de la victime ; 30% des condamnations réparant le préjudice du skieur sont laissées à la charge de la régie exploitant les remontées mécaniques, qui *« n'a pas averti la commune du risque encouru par les skieurs empruntant la piste rouge de son domaine skiable »*[52].

En conclusion sur ce point peut être rapporté le constat d'un assureur participant à l'atelier : *« L'assurance du risque sportif présente des résultats techniques médiocres, particulièrement dans les sports à risques. Les assureurs sont de plus en plus réservés à garantir (exemple des sports de pleine nature dans un département d'outre-mer). À terme, on peut nourrir des craintes sérieuses sur "l'assurabilité" de certains sports. »*

2.9. - Les équipements sportifs et les établissements d'activités physiques ou sportives : la mutualisation de l'offre de loisirs sportifs

2.9.1. - Les équipements sportifs

« Équipement sportif » est un terme générique, utilisé par la loi du 16 juillet 1984 (et le code du sport), qui peut qualifier aussi bien une installation qu'une infrastructure, une enceinte ou même du matériel. Le plus souvent, il désigne un bâtiment ou un espace de pratique sportive (un terrain de plein air par exemple). Une proportion élevée de ces équipements appartient aux communes ou, de plus en plus, aux communautés de communes ou d'agglomération. *« Il y a plus de 200 000 équipements en France, dont la moyenne d'âge dépasse les vingt-deux ans, voire les trente-cinq ans pour certains. »*[53]

Compte tenu des nombreuses normes et des règlements de certaines fédérations sportives et donc du coût de certaines installations, il devient parfois difficile pour les communes de permettre l'accès de tous les pratiquants à tous leurs équipements sportifs, notamment pour les pratiques « libres » hors cadre associatif. *« Les communautés de communes sont souvent là pour sauver les pratiques sportives, parce que c'est le seul lieu de mutualisation de l'offre de loisirs. Elles représentent vraiment une chance pour la pratique de masse et les loisirs. »*[54]

2.9.2. - Les établissements d'activités physiques ou sportives

Un établissement d'activités physiques ou[55] sportives (APS) est une structure, fixe ou mobile (en salle ou en

52. Cour administrative d'appel de Nancy, 14 décembre 2006 (*Les Cahiers de droit du sport*, 2007, CDS 7, avec note de F. Colin).
53. M. Jacques Thouroude, président de l'Andés (cité par *Maires de France*, avril 2008).
54. M. Jo Spiegel, vice-président de l'Assemblée des communautés de France (cité par *Maires de France*, avril 2008).
55. La « loi Avice » du 16 juillet 1984 visait les *« établissements d'activités physiques ET sportives »* (art. 47) ; la loi 2000-627 du 6 juillet 2000 a modifié cette désignation en *« établissements d'activités physiques OU sportives »*, ce qui en a sensiblement élargi le champ (art. L 322-1 et L. 322-2 du code des sports).

pleine nature), permettant la pratique d'activités physiques ou sportives sur une certaine durée. Cette durée peut être de quelques mois (écoles de ski ou de voile) ou permanente (clubs sportifs ou salles de sports) ; elle peut aussi être discontinue (activités dominicales).

Les propriétaires, gestionnaires ou exploitants de ces établissements sont tenus d'effectuer une déclaration d'activité auprès de la préfecture. Les établissements *« doivent présenter pour chaque type d'activité et d'établissement des garanties d'hygiène et de sécurité définies par voie réglementaire »* (mise en place de trousses de secours, affichage des diplômes des encadrants rémunérés)[56]. Ils ont l'obligation d'informer le préfet de tout *« accident grave »*. Des règles peuvent aussi être édictées par la fédération délégataire pour la discipline considérée. Selon les services de la Jeunesse et des Sports, *« en l'absence de règles spécifiquement élaborées, il convient de prendre en compte la nécessité de veiller à l'entretien régulier des équipements et matériels mis à la disposition des pratiquants et, dans certains cas, de tenir compte des prescriptions énoncées par les diverses commissions de sécurité et du Plan d'organisation de la surveillance et des secours (Poss) pour les établissements de natation d'accès payant »*[57] .

Il existe un recensement départemental des établissements d'APS soumis au contrôle des services de la Jeunesse et des Sports, et un recensement national est en cours. Il n'est pas procédé, en revanche, à une exploitation nationale des déclarations obligatoires d'activité et des déclarations d'accidents graves, sur lesquels les préfets sont tenus d'ordonner une enquête[58] .

56. Articles L. 322-2 et R. 322-1 à R. 322-8 du code du sport.
57. Voir les articles D. 322-16 et R. 322-18 du code du sport.
58. Dans son avis 01/08 déjà cité, la CSC a recommandé au ministre chargé des sports *« d'imposer la tenue d'un registre des accidents »* pour renforcer la sécurité par une analyse des risques dans les sports et loisirs nautiques dans les eaux intérieures. L'avis 02/07 sur les installations de luges d'été formulait une recommandation analogue.

3.Recommandations

Elles portent sur les lieux et milieux, les matériels et équipements, les acteurs et les pratiquants eux-mêmes.

3.1. - Baliser et signaler au moyen d'une signalétique définie au niveau européen les zones à risque au sein des espaces naturels de pratique des loisirs sportifs

Mettre en place une charte iconographique commune qui unifie et simplifie les balisages existants, parfois foisonnants. Cette signalétique devra être transversale à l'ensemble des pratiques utilisant les espaces naturels, simplifiée (moins d'une vingtaine de panneaux), explicite (pour les sportifs étrangers) et facilement mémorisable. Cette charte, qui pourra s'appuyer sur les travaux très avancés de la FFCK, devra repérer les zones où se produisent principalement les accidents (barrages, « rappels » éboulements, falaises) et les moyens de les éviter (chemins d'évitement, précautions à prendre). Certaines zones pourraient rester vierges de tout balisage ; elles seraient signalées comme des espaces à risque.

L'écueil à éviter est celui d'un balisage trop présent, qui concentre l'attention du randonneur sur le suivi du balisage, au risque qu'il la relâche sur les éléments de terrain à prendre en compte et sur les choix techniques à décider. En définitive, l'espace balisé doit apparaître comme un espace sûr qui répond à l'attente des pratiquants de loisirs sportifs.

3.2. - Mettre en place au plan européen une norme refondant les niveaux de pistes de ski alpin

Il existe une norme française qui fait référence aux niveaux de difficulté des pistes de ski alpin, la norme NF S 52-100 : « *Les pistes de ski alpin sont classées selon leur niveau de difficultés techniques, en fonction de leur tracé topographique (pente, largeur, etc.), dans des conditions nivométéorologiques normales [...] (pistes vertes, bleues, rouges et noires).* » Mais les quelques critères de classification auxquels elle fait référence ne sont pas exhaustifs, et ils ne peuvent être considérés comme un cahier des charges.

La refonte préconisée visera à éviter qu'il y ait des écarts de difficulté trop importants entre des pistes de même couleur, même situées sur des massifs différents. Le système actuel des couleurs serait rendu plus homogène par l'intégration de nouvelles caractéristiques : profil de la piste, risque de verglas, zones non damées, zones de bosses, dénivelé, largeur de la piste. Un niveau de pratique plus détaillé serait associé à chaque couleur.

Les travaux sont d'abord à mener en France, sur la norme de septembre 2002, afin de pouvoir proposer au comité européen de normalisation un texte normatif dont la pertinence et l'efficacité auraient été démontrées sur le terrain.

3.3. - Sensibiliser au port du casque

Les casques ont fait la preuve de leur efficacité, et évité un grand nombre de blessures graves et de décès à des cyclistes de tous âges. Une campagne devrait préconiser avec insistance leur utilisation. Des études pourraient être lancées pour rendre le casque plus « tendance », à l'exemple des casques de ski. Cette action de sensibilisation serait utilement complétée par un travail avec les fabricants et les distributeurs : la possibilité de proposer la vente couplée de casques et de cycles VTT pourrait faire l'objet d'une étude de faisabilité. Enfin, il semble nécessaire de proposer systématiquement des notices suffisamment explicites pour régler et ajuster correctement son casque, éviter qu'il soit arraché en cas de chutes et optimiser sa surface de protection.

3.4. - Mieux informer les consommateurs sur les étiquetages des produits

Les pratiquants sportifs souhaitent pouvoir identifier très vite les produits qui ont fait l'objet de tests de sécurité. Du fait de l'absence de directives européennes sur les équipements sportifs, hors équipements de protection individuelle, les matériels utilisés pour la pratique sportive ne portent le marquage CE que lorsqu'ils intègrent des matériaux régis par une directive européenne (tels des composants électroniques), mais jamais pour leur caractère sportif. En tout état de cause, le marquage CE indique seulement que le produit respecte les exigences essentielles des directives applicables ; selon les dispositions des directives, il est apposé sous la seule responsabilité du fabricant ou il l'est après un contrôle par un tiers.

La marque NF est, en revanche, *« une marque de certification de qualité volontaire ayant un objectif de différentiation »* (Afnor). Elle implique l'intervention d'un organisme certificateur indépendant. Sans doute, le principe de libre circulation des marchandises rend-il malaisée l'entreprise. Il semble néanmoins nécessaire de réfléchir à un dispositif d'étiquetage plus pédagogique, qui s'appuie sur l'ensemble des normes, françaises et européennes, auxquelles chaque produit est soumis, et apporte au consommateur pratiquant sportif une information compréhensible.

3.5. - Mieux repérer les établissements d'activités physiques ou sportives, exploiter systématiquement leurs données sur les questions de sécurité

Tout déclaratif qu'il soit[59], le régime applicable aux établissements d'APS n'en produit pas moins des données qu'il serait intéressant d'exploiter systématiquement dans l'intérêt de la sécurité des pratiquants : recensement et suivi des déclarations, et de leurs modifications, afin de mieux connaître les activités et les formes d'encadrement proposées dans une perspective de mutualisation de l'offre et d'une homogénéisation des qualifications de l'encadrement ; suivi des contrôles et des suites données (mises en demeure, sanctions) en ce qui concerne notamment les obligations (imposées par le code) d'honorabilité des exploitants, d'assurance couvrant la responsabilité civile des gestionnaires et de l'encadrement, de qualification des intervenants rémunérés, d'information et de protection des usagers, de sécurité et d'entretien des matériels et équipements.

Il parait utile de vérifier l'effectivité de l'obligation de la déclaration pour des établissements, qui relèvent de la catégorie des établissements d'APS, comme les loueurs (de VTT, ou de canoë-kayak par exemple). Ainsi, la DGCCRF et les services de la Jeunesse et des Sports rappellent dans leurs enquêtes que des problèmes de sécurité sont fréquents chez les loueurs[60].

3.6. - Encourager la validation des acquis de l'expérience pour l'encadrement bénévole des activités physiques et sportives dans les associations

L'article L. 212-1 du code du sport exige des personnes qui, *« contre rémunération »*, enseignent, animent ou encadrent une activité physique ou sportive ou entraînent ses pratiquants, même à titre d'occupation secondaire et de façon occasionnelle, qu'elles soient

59. Toutefois, le non-respect de l'obligation de déclaration est pénalement sanctionné (article L. 322-4 du code du sport).
60. Voir aussi l'avis CSC 01/08 (sports et loisirs nautiques dans les eaux intérieures) précité.

« titulaires d'un diplôme, titre à finalité professionnelle ou certificat de qualification ».

Il apparaît opportun d'encourager l'accès à la qualification des encadrants bénévoles, qui forment l'ossature de nombreux clubs, notamment de loisirs sportifs. Cette mesure serait en résonance avec la démarche de professionnalisation de la pratique associative et de reconnaissance du bénévolat, et pourrait s'appuyer sur la validation des acquis de l'expérience (VAE). Les bénévoles sont d'ailleurs déjà inclus dans les plans de formation de nombreuses fédérations. Certains des responsables fédéraux ont par ailleurs proposé que les dossiers de VAE soient simplifiés.

3.7. - Rendre obligatoire la création d'une commission « hygiène et sécurité » dans les statuts types des fédérations

Hormis quelques fédérations dont les licenciés et pratiquants évoluent dans des milieux considérés comme « à risques », le risque est avant tout traité comme un sujet « technique », suivi le plus souvent par la direction technique nationale et les techniciens de la fédération. Imposer la constitution d'une commission « hygiène et sécurité » au sein des comités directeurs de chaque fédération, c'est inscrire la sécurité dans le projet stratégique fédéral validé par l'assemblée générale nationale. La constitution de telles commissions « sécurité » pourrait opportunément être prévue dans les Conventions pluriannuelles d'objectifs (CPO) qui lient l'État et les fédérations sportives délégataires des missions précisées au code du sport.[61].

Sur ces questions notamment, l'État (ministère chargé des Sports) et le CNOSF pourraient impulser une rencontre des fédérations délégataires, prolongée par la mise en place d'une instance permanente de coordination, qu'il paraîtrait logique de placer auprès du Conseil national des activités physiques et sportives (Cnaps), en veillant à y associer les organismes de protection sociale et le corps médical.

3.8. - Mettre en place un « observatoire sécurité » au sein du mouvement sportif

Au moment où s'engage la mise en œuvre de la convention entre l'InVS et le ministère des Sports, il semble nécessaire d'organiser dès à présent une veille sur la sécurité des pratiques sportives.

Toute fédération sportive recense, via sa compagnie d'assurance, les accidents survenus au cours de la pratique de ses licenciés. Elle est en mesure de connaître le détail des accidents graves et des décès. Tous ces éléments peuvent donc être rapidement collectés au plan national. Il paraîtrait intéressant de compléter ces données par une veille plus poussée, menée par les fédérations et leurs réseaux sur le terrain, qui s'attacherait particulièrement à : recenser les accidents survenus dans le cadre de la pratique pour laquelle une fédération a reçu une délégation ; pour chaque accident, mettre en place une grille contextuelle sur les données épidémiologiques (âge du pratiquant accidenté, milieu d'accident, lésions relevées, mécanisme de l'accident)[62].

Ceci pourrait faire l'objet d'un Observatoire national du mouvement sportif, dans le cadre des CPO. Il regrouperait ainsi toutes les données et permettrait à terme une analyse précise des pratiques en France. Le financement du relevé des informations serait corrélé à la remontée satisfaisante d'informations permettant d'alimenter de façon fiable et durable cet observatoire national.

61. Voir la Charte d'engagements réciproques État/associations signée par le Premier ministre et le président de la CPCA le 1er juillet 2001 et les circulaires du Premier ministre (1er décembre 2000, 24 décembre 2002 et 16 janvier 2007).
62. Voir recommandations dans les avis 02/07 et 01/08 déjà cités de la CSC.

3.9. - Rendre obligatoires les questionnaires de santé avant toute inscription dans un établissement sportif (salle de remise en forme, club sportif), ou à un événement sportif de masse

L'actuel certificat de non-contre-indication à la pratique sportive ne semble pas apporter, en l'état, l'assurance que recherchait le législateur de 1999. Il s'agirait alors d'appuyer son établissement sur un questionnaire de santé destiné à la fois au pratiquant sportif et à son médecin. Le questionnaire pourrait s'inspirer du questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique (QAAP)[63] qui vise à mieux cerner les personnes pour lesquelles un examen médical est recommandé, celles qui ont répondu positivement à une question au moins du questionnaire de santé. La proposition serait donc d'inciter le pratiquant par cet autodiagnostic à consulter le médecin pour un examen complémentaire avant l'établissement du certificat, si le pratiquant est apte.

Cette démarche serait plus qualitative que celle qui existe actuellement. Facile à mettre en œuvre (moins de dix questions), elle oriente rapidement le médecin sollicité vers les examens qu'il doit pratiquer. De tels questionnaires sont utilisés depuis de nombreuses années aux États-Unis et au Canada. Ils se révèlent très efficaces pour détecter les faiblesses pathologiques éventuelles et alerter les pratiquants sur leur état de santé. Ils les conduisent aussi à se responsabiliser davantage. Il faudra toutefois veiller à ce que les informations mentionnées dans le questionnaire restent confidentielles.

Comme le note l'expertise collective de l'Inserm, *« Activité physique », « les lésions chroniques ou de surmenage sont très spécifiques de la pratique sportive et du geste réalisé »*. Les *« fractures de fatigue »* représentent ainsi en athlétisme 8 à 20% des blessures, contre 1% en moyenne dans les autres sports. L'attention des fédérations, des pratiquants et de leurs médecins doit être appelée sur les « pathologies silencieuses » qui se manifestent après une longue pratique (arthroses, usures invalidantes des articulations chez les marathoniens de loisir, troubles urologiques chez les cyclistes, par exemple). L'examen médical évoqué plus haut ne doit pas négliger les signes d'alerte de telles pathologies.

On le sait, d'éminents médecins ont recommandé l'installation de défibrillateurs dans chaque enceinte sportive. La note d'orientation du Centre national pour le développement du sport (CNDS) contient également une recommandation en ce sens.

3.10. - Créer un programme de prévention national sur les bons gestes pour que le sport reste un plaisir

Complétant le PNNS « Manger Bouger », ce programme serait mis en place par le mouvement sportif et le ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Il s'agit moins ici de dénoncer des pratiques accidentogènes que de diffuser des messages sur les risques liés aux loisirs sportifs, en tenant compte de leur caractère ludique.

L'exploration (« le dépassement ») de soi et la notion liée de risque étant des composantes inhérentes à la pratique sportive, il serait inefficace d'inciter les pratiquants à exclure tout risque de leur pratique. Il faut donc privilégier les messages du type : « Raisonnez et maîtrisez votre prise de risque », « Ne faites pas prendre de risques aux autres », « Si vous prenez des risques,

63. Disponible sur le site de la Société canadienne de physiologie de l'exercice, www.csep.ca, ce questionnaire est référencé dans la publication du Programme national nutrition santé (PNNS) *Activités physiques et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques*, éditée par le ministère de la Santé et des Solidarités et la Société française de nutrition en 2005.

vous êtes responsable ». Les messages pourraient ainsi rappeler les consignes « de base » d'une pratique raisonnée : « Essayez d'être accompagné dans votre pratique sportive, surtout lorsque vous pratiquez en pleine nature. Si vous devez être seul, munissez-vous d'un téléphone cellulaire et indiquez à un proche le parcours que vous souhaitez emprunter » ; « Fixez-vous des objectifs réalisables, explorez vos limites par paliers progressifs » ; « Préparez-vous avant d'entreprendre une pratique plus intensive. Adaptez votre alimentation, veillez à dormir suffisamment » ; « Apprenez à évaluer vos capacités physiques, notamment en faisant procéder aux examens médicaux nécessaires » ; « Apprenez à connaître l'environnement dans lequel vous évoluez, ne sous-estimez jamais les milieux à risques que sont l'eau et la montagne, car nombre d'accidents surviennent quand on passe sans une préparation suffisante d'une forme de pratique à une autre (de la randonnée en plaine à la randonnée en montagne, par exemple) » ; « Entraînez-vous en conséquence. Essayez d'avoir une activité complète (endurance, force, souplesse) » ; « Munissez-vous toujours de matériels adaptés et des provisions nécessaires : chaussures adaptées à la pratique et à au terrain (qu'il s'agisse de randonnée, de course ou de sports d'équipe), vêtements respirants, trousse de secours, couverture de survie, cartes et boussole (dont vous aurez appris à vous servir) ».

Composition du groupe de travail

Président
M. Georges CAPDEBOSCQ, *conseiller maître honoraire à la Cour des comptes*

Rapporteur
M. Xavier LE SAUX, *directeur du marketing et de la communication de la Fédération française EPMM Sports pour tous*

Personnes auditionnées

M. Thierry BEDOS, *coordinateur du Pôle Ressources national des sports de nature, Creps Rhône-Alpes*

M. Jean-Luc BOURGEON, *division Articles à usage domestique ou de loisir, Laboratoire national de métrologie et d'essais (LNE)*

Mme Valérie BRASSART, *chargée d'études, Association des maires de France*

Mme Marie-Solange BUREAU, *responsable développement loisirs, biens de consommation, Afnor*

M. Jean-Claude BUREL, *président de la Fédération française de la randonnée pédestre (FFRP)*

M. Charles DAUBAS, *chargé de mission, Fédération française de ski*

Dr Gilles EINSARGUEIX, *bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la lutte contre le dopage, Direction des Sports, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative (MJSVA)*

M. Thierry FAUCHARD, *conseiller technique national, Fédération française EPMM Sports pour tous*

M. Bruno FAUVEL, *centre de qualification des produits et équipements, LNE*

M. Francis GAILLARD, *Pôle Ressources national des sports de nature, Creps Rhône-Alpes*

M. Olivier GAZUIT, *département assurances des personnes morales, Maif*

M. Stéphane GERBAUD, *responsable technique, Fédération française des industries du sport et des loisirs (Fifas)*

M. Gérard GOUNON, *président de la commission nationale des courses hors stades, Fédération française d'athlétisme*

M. Jean-Marie GROLLIER, *Système national d'observation de la sécurité en montagne (SNOSM)*

M. Stéphane JOCK, *juriste réglementations produit, société Décathlon*

M. Éric JOURNAUX, *adjoint du chef du bureau des fédérations multisports, des activités sportives de nature et des pôles ressources, Direction des Sports, MJSVA*

M. Dominique LAMOULLER, *président de la Fédération française de cyclotourisme*

M. Yves LESPERAT, *conseiller technique national, FFRP*

Mme Marie-Thérèse MARCHAND, *sous-directrice Santé Industrie et Commerce, Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF)*

M. Patrick MIGNON, *laboratoire de sociologie du sport, Institut national des sports et de l'éducation physique*

M. Philippe NICOLINO, *directeur technique national de l'Union nationale sportive Léo-Lagrange*

M. Pascal PETRINI, *directeur technique national adjoint, Fédération française EPMM Sports pour tous*

Mme Josette PINON, *adjointe au chef du bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la lutte contre le dopage, Direction des Sports, MJSVA*

Dr Bertrand THÉLOT, *Institut de veille sanitaire (InVS)*

Mme Rosine TISSERAND, *conseiller technique national, Fédération française de canoë-kayak (FFCK)*

M. Paul YONNET, *sociologue, Unaf*

Président
M. Édouard COUTY

Rapporteur
Mme Sylvie VANNESTE

La sécurité des personnes en situation de handicap visuel ou auditif

Cet atelier n'aborde pas la question des accidents de la vie courante (AcVC) chez les personnes atteintes d'un handicap en général, mais se focalise plus particulièrement sur les personnes atteintes d'une déficience visuelle ou auditive. Cette focalisation s'explique en premier lieu par le fait que la population des personnes handicapées recouvre un ensemble trop vaste et des situations trop diverses pour être abordée comme un tout homogène, d'autant qu'il s'agit de l'aborder sous l'angle des AcVC, problématique qui recouvre elle-même des cas de figure très nombreux et très variés. Ce champ d'action trop large justifie donc le recentrage sur certains types de handicaps.

Le choix de la déficience visuelle et auditive est quant à lui motivé par le fait que la loi sur le handicap du 11 février 2005 propose pour la première fois une définition du handicap, qui intègre toutes les situations de handicap quelle qu'en soit l'origine, notamment les déficiences sensorielles (art. L114 du code de l'action sociale et des familles : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »). Cette reconnaissance récente et tardive laissait supposer que les personnes atteintes de handicaps sensoriels avaient probablement bénéficié d'une prise en charge moindre que d'autres populations de personnes handicapées (et notamment que le handicap moteur) et se trouvaient ainsi éventuellement plus exposées que d'autres aux AcVC.

Enfin, la sécurité des personnes en situation de handicap visuel et auditif apparaît en réalité très contrastée et les solutions apportées aux risques et difficultés doivent par conséquent tenir compte de la diversité des cas. Ainsi, les personnes malvoyantes qui continuent d'utiliser partiellement la vue ont des besoins différents et trouveront d'autres solutions que les personnes non voyantes, que ces dernières lisent ou non le braille. De même, les personnes malentendantes qui communiquent vocalement, le cas échéant avec le recours de dispositifs techniques, sont placées dans une situation différente des non-entendants.

1.État des lieux

1.1. - État des lieux épidémiologique

1.1.1. - État des lieux épidémiologique de la déficience visuelle

Selon les résultats de l'enquête HID (handicap, incapacités, dépendance) menée par le ministère de la Santé et des Solidarités (juillet 2005), la France compte 1 700 000 déficients visuels, dont : 207 000 aveugles ou malvoyants profonds (dont 61 000 aveugles complets) ; 932 000 malvoyants moyens (ne reconnaissant pas une personne à quatre mètres ou ne pouvant ni lire, ni écrire, ni dessiner) ; 560 000 malvoyants légers (qui ne sont pas pris en compte dans la définition médicale et légale de la malvoyance). La prévalence de ce handicap augmente avec l'âge : 2% avant cinquante ans ; 20% entre quatre-vingt-cinq et quatre-vingt-neuf ans ; 38% à partir de quatre-vingt-dix ans. Quatre déficients visuels sur cinq déclarent une ou plusieurs autres déficiences, viscérale et locomotrice ou auditive (22% des cas). Ces handicaps associés augmentent avec l'âge.

En moyenne, seulement 20% des déficients visuels déclarent bénéficier d'une reconnaissance administrative. Cette proportion atteint 46% pour les aveugles et malvoyants profonds, mais ces reconnaissances d'incapacité ou d'invalidité diminuent fortement avec l'âge. La réduction de l'autonomie dans la vie quotidienne est l'une des principales conséquences des déficiences visuelles, et plus d'un déficient visuel sur deux (56%) déclare une incapacité sévère concernant la mobilité et les déplacements (effectuer ses achats, sortir du domicile, porter des objets, monter ou descendre un étage d'escalier), laissant supposer une exposition forte aux AcVC.

Près d'un déficient visuel sur deux (47%) indique par ailleurs une incapacité sévère pour les tâches ménagères et la gestion (effectuer les tâches ménagères courantes, préparer ses repas, remplir des formulaires simples). Pourtant, les aides techniques destinées à la compensation du handicap sont relativement peu utilisées : 2% des déficients utilisent une canne blanche ; 13% utilisent des systèmes optiques et télé-agrandisseurs ; moins de 1% utilisent d'autres dispositifs tels que les machines à braille ou les enregistreurs. Cette faible utilisation des aides techniques tient notamment au fait qu'elles nécessitent un apprentissage parfois long ou des équipements coûteux, ce qui explique que les personnes devenues déficientes visuelles en cours de vie, et parfois tardivement, n'y aient pas accès[1]. Ainsi, la moitié des déficients ont-ils recours à l'aide d'un tiers pour effectuer les actes courants de la vie quotidienne ou pour leurs déplacements.

1.1.2. - État des lieux épidémiologique de la déficience auditive

En France, 5 182 000 personnes sont atteintes d'une déficience auditive, dont 303 000 souffrent d'une déficience auditive profonde ou totale. Très faible dans l'enfance (environ 0,2% chez les moins de dix ans), la prévalence de la déficience auditive reste modérée chez l'adulte jeune (environ 2% entre dix ans et quarante ans), puis augmente progressivement à partir de la quarantaine, de façon un peu plus marquée au-delà de soixante-quinze ans. Parmi les personnes âgées de soixante à soixante-quatorze ans, un peu plus d'une personne sur cinq (22%) déclare une déficience auditive. Elles sont environ deux sur cinq (43%) parmi les soixante-quinze ans et plus.

Les déficients auditifs de naissance ou jeunes

1. Un représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a précisé, lors du Forum du 10 juin, que la CNSA venait de mettre en place un site internet sur les aides techniques, proposant une porte d'entrée par activité : aides-techniques-cnsa.fr.

rencontrent des problèmes spécifiques dans l'accès aux apprentissages scolaires et terminent leurs études avec un niveau de qualification plus faible qu'en moyenne sur l'ensemble de la population, avec notamment une difficulté d'accès au langage écrit. Les restrictions d'accès à l'emploi (proportion d'inactifs de 15% contre 3%) et de participation aux loisirs, ainsi qu'un isolement relationnel (surtout pour les femmes) constituent les principales difficultés associées à ces déficiences auditives. Notamment en raison du lien entre déficience auditive et âge de la personne, quatre déficients auditifs sur cinq déclarent une ou plusieurs autres déficiences, le plus souvent d'ordre moteur (44%).

Les moyens de compensation de ce handicap sont peu utilisés. Moins de 1% des déficients auditifs (environ 44 000 personnes) déclarent utiliser la langue des signes[2]. Cette faible proportion s'explique en partie par le fait que les déficients auditifs sont très majoritairement des personnes âgées (deux tiers ont plus de soixante ans et un tiers plus de soixante-quinze ans), qui n'ont pas bénéficié des mêmes formations que les personnes nées sourdes.

Pourtant, les déficients auditifs déclarent des incapacités sévères (c'est-à-dire beaucoup de difficultés ou une incapacité totale à réaliser une activité) dans les différents domaines de la vie quotidienne et notamment pour des activités sollicitant très inégalement l'audition. Ces incapacités sévères concernent principalement la mobilité et les déplacements (déclarées par 37% des déficients auditifs), les activités nécessitant souplesse et manipulation (37%), les tâches ménagères et la gestion de la vie quotidienne (28%), et laissent supposer, comme pour les déficients visuels, une exposition forte aux accidents de la vie courante.

Pour les différents domaines d'activité, les incapacités sévères concernent presque toujours les déficients auditifs ayant une ou plusieurs déficiences associées. En l'absence de déficience associée (ce qui ne représente qu'environ 20% des cas), les déficients auditifs ne déclarent pratiquement jamais d'incapacité sévère dans la vie quotidienne[3].

Ces différents éléments montrent à quel point les personnes les plus âgées sont touchées par les déficiences visuelles ou auditives. Compte tenu du vieillissement de la population, ce phénomène risque de prendre une ampleur plus importante encore dans les années à venir. Or, on constate également que l'âge a une influence sur l'accès aux aides techniques dites compensatoires ou palliatives, amplifiant ainsi l'impact du handicap tant en terme d'autonomie, de relations sociales que d'exposition aux risques quotidiens.

Au-delà de l'âge et de l'accès aux apprentissages spécifiques, du déni éventuel de la déficience, il convient de rappeler que le coût constitue un frein important à l'équipement en aides techniques. Des appareils d'utilisation courante (fours, plaques de cuisson, systèmes d'alarme) existent mais sont plus coûteux s'ils sont adaptés aux déficients sensoriels. En outre, la conception universelle des équipements est insuffisamment développée, alors qu'elle serait de nature à résoudre une bonne part des difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap, tout en permettant une diminution du prix d'achat des équipements, dès lors que ceux-ci sont fabriqués à une échelle industrielle.

Les principes de conception universelle (design for all) consistent à intégrer, dès la phase de conception des produits, les besoins variés de tous les consommateurs (dont les personnes âgées et les personnes handicapées). La promotion de ces principes a été approuvée par le Groupe de réflexion stratégie accessibilité, piloté par Catherine Bachelier, alors déléguée interministérielle à l'accessibilité, avec le soutien technique de l'Afnor. Des référentiels de bonnes pratiques portant sur la conception des produits blancs et sur les notices d'utilisation simplifiées ont été édités par l'Afnor. La prise en compte en amont des critères d'accessibilité permet d'élargir considérablement la cible des utilisateurs, pourvu que la promotion des produits concernés soit efficace et fasse ressortir les avantages d'accessibilité, d'ergonomie, et de maniabilité susceptibles de répondre aux besoins d'un large public, et pas seulement des publics handicapés. En effet, il est

2.On peut estimer qu'environ 150 000 personnes, au total, pratiquent la langue des signes en France. Ce chiffre inclut les personnes entendantes qui pratiquent la langue des signes avec des personnes de leur entourage, sourdes ou malentendantes.

3. http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er589/er589.pdf" \o "accéder à la ressource n°27896" \t "_blank.

établi qu'une conception universelle se traduit systématiquement par un confort pour tous.

Par ailleurs, les chiens d'aveugle ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie, même si une prestation de compensation peut contribuer au financement des frais d'entretien de l'animal. Quant aux prothèses auditives, la Sécurité sociale prend en charge 130 € des 3 000 € qu'il faut débourser pour un appareillage[4]. La CNSA est en train de mettre en place un observatoire des coûts des aides techniques, notamment des prothèses auditives, afin de les rendre plus transparents. C'est ainsi pour des raisons financières qu'un certain nombre de déficients sensoriels ne s'équiperont pas d'aides susceptibles de préserver leur autonomie, mais aussi leur sécurité au quotidien.

1.2.- État des lieux du cadre législatif : la loi du 11 février 2005

La loi du 11 février 2005, qui a pour objectif d'améliorer les droits et la protection des personnes handicapées, propose pour la première fois dans l'histoire de la législation française une définition du handicap. Celle-ci inclut dans la sphère du handicap les déficiences sensorielles.
La principale innovation de cette loi est la création d'un droit à compensation : « *la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap, quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie* ». Ce droit se traduit par la création d'une prestation de compensation, destinée à compléter les autres prestations sociales pour couvrir réellement l'ensemble des besoins liés au handicap. Cette prestation est gérée par le conseil général.
La seconde innovation importante est la création de Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), destinées à offrir un accès unique aux droits et prestations, chargées concrètement de mettre en place l'équipe pluridisciplinaire « *qui évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap*. »
Concernant les enfants, et plus particulièrement leur scolarité, la principale innovation est le principe de l'établissement de référence : « *Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans [l'établissement secondaire], le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence.* »
Il s'agit bien d'un établissement de référence, et pas nécessairement d'un établissement d'accueil. La « *formation en milieu scolaire ordinaire* » n'est pas posée comme un droit absolu, mais seulement comme une modalité à privilégier « *chaque fois que possible* ». Le projet de formation s'inscrit dans le cadre global du « *plan personnalisé de compensation du handicap* », élaboré dans le cadre de la MDPH, par une « *équipe pluridisciplinaire* », dont la « *composition [...] peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ou l'incapacité permanente* ».
On notera que si cette loi a permis et permettra des avancées considérables en matière d'accompagnement de la personne handicapée, la mise en application concrète des dispositions qu'elle instaure repose sur les départements et les régions, qui définissent librement leurs priorités. Il y a donc un risque d'application inégale des dispositions de cette loi.

1.3. - État des lieux de la prise en charge des personnes atteintes de déficience visuelle ou auditive

Les enfants jusqu'à six ans déficients visuels ou auditifs sont orientés, par l'hôpital, le médecin, la PMI, l'école ou les services de promotion de la santé en faveur des

4. La CNSA est en train de mettre en place un observatoire des coûts des aides techniques, notamment des prothèses auditives, afin de les rendre plus transparents.

élèves vers les CAMSP (Centres d'action médico-sociale précoce), qui assurent une prise en charge à la fois médicale (ORL, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie), paramédicale (orthophonie, appareillage, orthoptie, psychomotricité, bilan ou suivi psychologique) et éducative (éveil sensoriel général et spécialisé, éducation auditive ou visuelle, socialisation, expression, communication (apprentissage de la langue des signes, du braille), autonomie de déplacements, conseils aux familles, coordination avec les crèches et les écoles maternelles. Compte tenu de leur double vocation, de dépistage et de traitement, ces centres sont financés conjointement par le conseil général (20%) et par l'assurance-maladie (80%).

Jusqu'à l'âge de vingt ans, les enfants déficients sensoriels, à condition d'avoir été orientés par la MDPH (ex-Cotorep et CDES), peuvent être accompagnés par des établissements spécialisés comme les centres mutualistes à Angers, l'Institut Montéclair ou le Centre Charlotte Bouin. Ceux-ci assurent, en lien avec l'Éducation nationale, la scolarisation et la rééducation des jeunes déficients sensoriels jusqu'à l'université.

Les personnes devenues déficientes visuelles ou auditives entre vingt et soixante ans peuvent bénéficier d'une allocation (à partir de 80% d'invalidité) ainsi que de prestations de compensation (aide animalière, adaptation du logement, adaptation du véhicule, aide humaine, aide spécifique exceptionnelle) auprès de la MDPH, qui instruit tous les dossiers[5]. Depuis 2008, ces prestations de compensation sont également valables pour les enfants. Elles peuvent également bénéficier d'un accompagnement pour l'insertion professionnelle par le fonds AGEFIPH ou le fonds FIPHFP et d'aides ponctuelles pour les démarches sociales et quotidiennes de la personne, d'interprétariat. En outre, elles peuvent bénéficier d'une prise en charge par un Centre de basse vision, à condition d'en avoir un à proximité. Quant aux services à domicile, on note qu'ils sont peu nombreux et financés par des fonds exceptionnels (mutuelles locales, fondations), alors même qu'il serait légitime de bénéficier de fonds publics.

Au final, on peut considérer que tous les jeunes déficients visuels et auditifs (jusqu'à vingt ans) bénéficient d'une prise en charge organisée en France. En revanche, la proportion de personnes devenues déficientes en cours de vie qui bénéficient d'une prise en charge satisfaisante est tout à fait insuffisante, et le problème va aller grandissant avec le vieillissement de la population dans les années à venir. Pourtant, les professionnels estiment que, dans certains cas, cinq à six séances de réadaptation à domicile peuvent suffire pour permettre à une personne âgée devenue déficiente visuelle ou auditive de préserver son autonomie pour les gestes de la vie quotidienne, et donc également pour réduire les risques de la vie courante.

1.4. État des lieux épidémiologique des AcVC chez les personnes atteintes de déficience visuelle ou auditive

Il n'existe pas de recensement organisé et spécifique des AcVC pour les personnes atteintes d'une déficience visuelle ou auditive, ce qui ne semble pas surprenant si l'on considère plus globalement le manque de données disponibles sur la problématique des AcVC en général. Les recherches effectuées sur la problématique des AcVC aboutissent le plus souvent à des informations sur les déficiences visuelles ou auditives en tant que conséquence d'un accident de la vie courante, et non comme cause. Les préoccupations majeures face à ces populations concernent plus particulièrement la préservation du confort de vie, les problèmes de communication de la personne handicapée avec son environnement et la préservation-acquisition de l'autonomie plutôt que l'axe de la prévention des accidents ou de la sécurité.

5. Depuis 2008, ces prestations de compensation sont également valables pour les enfants.

1.5. - État des lieux des risques d'accidents identifiés par les personnes atteintes d'une déficience visuelle ou auditive et par les acteurs du domaine

Globalement, il apparaît qu'il existe un certain nombre de normes, de réglementations, et de législations (notamment dans le cadre de la loi 2005 sur l'accessibilité), établies dans le but d'améliorer l'accessibilité, le confort, et la sécurité des déficients visuels ou auditifs. Cependant, ces normes sont perçues comme insuffisamment nombreuses, insuffisamment précises, insuffisamment appliquées et insuffisamment relayées sur le plan de la communication pour porter leurs fruits. Il persiste une trop grande disparité dans les pratiques. Par exemple, l'installation de bandes podotactiles aux abords des escaliers dans les espaces publics, la sonorisation des feux piétons en milieu urbain, sont autant de systèmes appréciables, mais à la condition d'être généralisés. Faute de systématisation et d'harmonisation, ces systèmes peuvent devenir des facteurs de risque pour la personne qui s'y fie. Les déficients auditifs rencontrent un problème majeur et spécifique à leur handicap, qui tient à l'impossibilité de contacter les secours en cas d'urgence. En cas d'urgence, ils sont contraints de recourir à un proche, ce qui est impossible si la personne est immobilisée, isolée, et ce qui dans tous les cas, constitue une perte de temps, parfois décisive en cas d'urgence.

Par un décret d'avril 2008, la création de centres relais pour les appels d'urgence a été décidée, en collaboration avec le 15 (Samu), mais faute de financements, ces relais ne devraient être mis en place que courant 2010. Ces dispositifs existent depuis plusieurs années aux États-Unis, et ont été financés sur la base d'une taxe sur les abonnements téléphoniques. Ces dispositifs servent de relais d'urgence, mais permettent également l'accès à un certain nombre de services jusque-là inaccessibles aux sourds-muets car nécessitant une communication par téléphone (passer des commandes, notamment).

On notera que le SMS ne peut être envisagé comme moyen de substitution à l'appel téléphonique d'urgence. En effet, les services d'urgence ne disposent pas d'un système de communication SMS, d'autre part, le SMS demande du temps, des manipulations plus nombreuses et des allers-retours qui ne sont pas toujours possibles dans l'urgence. Enfin, il se trouve que les déficients auditifs ont souvent une difficulté d'accès au langage, qui les empêche de communiquer aisément par le biais de l'écrit.

Cette absence de relais d'appel d'urgence constitue à elle seule un risque majeur. En effet, si dans certaines situations telles que le bricolage, la cuisine, les tâches ménagères, les promenades, les déficients auditifs estiment ne pas courir davantage de risques que les entendants, le risque est au final majoré par le fait qu'en cas d'accident, ils peuvent se trouver dans l'impossibilité de se faire secourir.

1.5.1. - Dans l'environnement domestique en général

Pour le déficient visuel, les déplacements dans la maison ne posent pas de problèmes particuliers, à condition que l'intéressé ait pris conscience de sa déficience et l'ait acceptée, qu'il ait suivi une réadaptation appropriée, et qu'il dispose des moyens financiers lui permettant de mettre en œuvre certaines mesures. Ainsi, des personnes disent avoir adapté leur environnement familier à leur handicap ou s'y être adaptées. Elles se sont approprié la configuration des lieux, la disposition du mobilier, connaissent l'emplacement et le nombre de marches des escaliers. Elles ont éventuellement rendu les sols moins glissants, équipé leur salle de bains de robinets thermostatiques pour éviter les brûlures, les fenêtres et balcons de garde-corps, les escaliers ou descentes de garage de rampes, choisi prioritairement des portes coulissantes pour les placards. Autant de précautions qui, selon elles, sont en fait valables pour tous, et notamment pour prévenir les risques d'accidents des enfants.

Les déficients visuels doivent compter sur leur entourage proche pour prendre certaines précautions de nature à éviter certains accidents. La famille sait par exemple que tous les récipients doivent être refermés pour éviter qu'ils ne soient renversés, que toutes les portes ou

fenêtres doivent être totalement ouvertes ou totalement fermées pour éviter les chocs et que la personne déficiente visuelle doit être avertie de tout changement dans cet environnement familier (objet laissé dans le passage, mobilier déplacé).

Pour les risques d'incendie, d'inondation et autres incidents liés aux matériels électriques, de chauffage ou autre, les déficients visuels, ne sachant pas où se trouvent le disjoncteur central, le robinet d'arrêt de l'eau au compteur ou de gaz, peuvent se trouver dans l'impossibilité de prendre les premières mesures d'urgence. Pour remédier à ce type de situation, il suffirait de prendre la précaution, dans tous les lieux fréquentés régulièrement (domicile, bureau), de localiser l'emplacement de ces dispositifs.

De la même manière, il semble généralement inutile d'indiquer à un non-voyant l'emplacement d'un extincteur et son fonctionnement. Pourtant, si les non-voyants ne prétendent pas être capables d'éteindre un incendie, ils expliquent pouvoir identifier l'endroit où le feu a pris, et pourraient dans certains cas éviter que l'incendie ne se propage. Concernant les alarmes incendie, les non-voyants précisent que le son fort et continu des alarmes est déstabilisant pour eux. En cas d'urgence, ces sons assourdissants les empêchent de se repérer correctement dans l'espace, de s'appuyer sur ce qu'ils appellent le « sens des masses » pour repérer les obstacles. Une alarme sonore intermittente permet de limiter cet inconvénient.

Pour les déficients auditifs, les alarmes ou autres systèmes d'alerte lumineux sont appréciables, mais inefficaces la nuit. En effet, pendant le sommeil ils ne peuvent pas faire appel à la vue, leur « sens de substitution ». Aussi, les non-entendants apprécient les alarmes ou systèmes d'alerte vibrants (qu'il s'agisse de détecteurs de fumée, de sonnettes, de baby-phone, de sonnerie de téléphone) mais qui sont en fait peu répandus ou plus coûteux. Compte tenu de ce manque de disponibilité et de généralisation des équipements, les non-entendants expliquent être obligés de faire confiance à leur entourage (famille, voisinage) pour être prévenus en cas de problème, avec toujours un risque lorsqu'ils sont dans des endroits isolés (à la campagne par exemple), lorsqu'ils sont dans des endroits peu familiers dans lesquels personne ne sait qu'ils sont non-entendants, ou avec le doute qu'en cas de panique, dans un incendie ou autre, les personnes alentour prennent spécifiquement la précaution de les avertir. Pour ces différentes raisons, et parce qu'ils en ont parfois fait l'expérience, les non-entendants disent se sentir souvent en insécurité, notamment face au risque incendie.

Les déficients visuels estiment que leur handicap ne majore pas particulièrement le risque d'électrocution, mais ils indiquent que les prises avec sécurité enfants réduisent considérablement les risques, notamment les risques de décharge électrique lorsque les personnes tâtonnent pour trouver une prise ou pour la brancher.

1.5.2. - Dans la cuisine

Les déficients auditifs estiment ne pas être davantage confrontés aux risques que les entendants dans la cuisine. En revanche, la cuisine est souvent considérée comme l'endroit le plus dangereux de la maison notamment par les déficients visuels. Beaucoup d'accidents tiennent à la mauvaise identification des produits, et notamment des produits d'entretien qui peuvent être confondus entre eux ou, dans la cuisine, être confondus avec des produits alimentaires.

Il semble essentiel que les produits soient étiquetés en très gros caractères (pour les malvoyants) et en braille (pour les non-voyants). De grandes enseignes de la grande distribution ont fait beaucoup de progrès sur ce point, en étiquetant de manière adéquate de nombreux produits, et pas seulement les produits dangereux. Cependant, ce système n'est pas généralisé et les non-voyants ou malvoyants sont dans l'obligation de fabriquer eux-mêmes ces étiquettes. En outre, reste un problème majeur dû au fait que l'acquisition du braille n'est pas généralisée chez les non-voyants, et notamment chez les personnes devenues aveugles en cours de vie. Aussi, certains mettent-ils en place un système D, qui consiste à attribuer à chaque type de produit un type d'emballage, identifiable par sa forme, et d'y transvaser les produits achetés, opération qui nécessite bien entendu la présence d'un tiers, et qui oblige l'entourage à se conformer également à ce nouveau code sans faire de confusion à son tour. Les sachets hydrosolubles proposés pour les pastilles de lave-vaisselle sont un plus incontestable. Elles sont à la

fois dosées, évitant tout débordement au moment du remplissage, et évitent tout contact direct de la peau avec ces produits lessiviers particulièrement corrosifs. Sur les produits alimentaires, le marquage des dates de péremption n'est pas prévu pour les non-voyants ou malvoyants, avec donc un risque accru d'intoxication.

Pour ce qui concerne l'électroménager, et notamment les plaques de cuisson et les fours, l'engouement pour les designs lisses et l'affichage digital rend inutilisables les appareils par les non-voyants ou malvoyants. Il leur est en effet impossible de disposer ou de mettre en place des repères tactiles. Sur ce point, il est particulièrement regrettable que les systèmes à induction, qui ont la particularité de ne pas être chauds au toucher et qui en cela constituent une réelle avancée en termes de sécurité, ne soient pas disponibles avec des commandes en relief et sont donc inutilisables par les malvoyants. Le four à micro-ondes reste un système souvent utilisable par les déficients visuels, et qui, associé à des gants en téflon (souples et isolants) permet une utilisation aisée et relativement sûre.

Les déficients visuels rencontrent des problèmes avec les emballages de produits alimentaires dits à « ouverture facile », qui ne sont pas au point, et qui les obligent à avoir recours à des manipulations ou des ustensiles non adaptés qui augmentent le risque de blessure (notamment les emballages en plastique soudé pour le jambon ou le fromage et les boîtes de conserve dont l'opercule est coupant et ne se détache pas toujours totalement).

1.5.3. - Dans la salle de bains

Les déficients auditifs disent ne pas rencontrer de problèmes de sécurité spécifiques dans la salle de bains. La plupart des observations faites pour les déficients visuels concernant la salle de bains sont les mêmes que celles données généralement pour les enfants, pour les personnes âgées, ou pour toute personne voulant améliorer la sécurité.

Il existe pour les déficients visuels un risque majoré de brûlure avec l'eau chaude. Certains optent pour des robinets thermostatiques dont la température est fixée à 37 °C et vérifient que la chaudière est bloquée à 50 °C. Il existe un risque de chute également majoré pour les déficients visuels, limité par le choix de carrelage antidérapant, de bacs de douche avec tapis antidérapant (plutôt que la baignoire). Sachant que l'Ademe subventionne le remplacement d'une baignoire par une douche au domicile des personnes âgées, certaines personnes suggèrent qu'il en soit de même pour les déficients visuels.

Dans la salle de bains (comme dans la cuisine), les déficients visuels sont confrontés au problème d'identification des produits de toilette, avec des conditionnements similaires pour des produits différents et un étiquetage qui, le plus souvent, n'est pas adapté. L'association Handicapzéro propose un jeu d'étiquettes en gros caractères et en braille, qui résistent à l'eau et qui permettent aux non-voyants ou malvoyants d'apposer ces étiquettes génériques sur les produits de toilette. Le nombre d'étiquettes de ce kit est basé sur une estimation de la consommation annuelle de produits de toilette. Cependant, ce système demande a minima l'intervention d'un tiers voyant et le problème reste entier pour les devenus aveugles en cours de vie, qui ne lisent pas nécessairement le braille.

Une directive européenne va imposer aux laboratoires pharmaceutiques un étiquetage des médicaments en braille et en gros caractères. La France y travaille depuis 1996 et se trouve relativement en avance sur ce sujet, notamment sur la mise à disposition des notices en format braille, gros caractères et audio, pour rendre l'information sur le produit accessible au plus grand nombre.

1.5.4. - Les abords de la maison

Dans le garage, la cave, l'atelier, les outils ou autres matériels rangés en hauteur constituent un important risque de choc au visage pour le déficient visuel. Les revêtements des descentes de garage, allées, terrasses sont souvent glissants, avec un risque de chute majoré pour les déficients visuels. Il existe des produits à appliquer sur ces surfaces, qui les rendent antidérapantes, sans conséquence sur l'esthétique du revêtement.

Les fenêtres, balcons, terrasses et escaliers extérieurs

présentent un risque important de chute pour le déficient visuel lorsqu'ils ne sont pas équipés de garde-corps, de balustrades ou de rampes. Les fenêtres et portes laissées entrouvertes constituent un risque majeur de collision pour le déficient visuel. Ces risques sont réduits par le choix de fenêtres oscillo-battantes et de portes coulissantes.

En pavillon, les déficients visuels prennent généralement les mesures de sécurité nécessaires. Les situations à risque sont plus nombreuses dans les habitations collectives qui, en tant que propriétés privées, ne sont pas soumises aux mêmes obligations que les lieux publics. Dans les immeubles collectifs, et a fortiori ceux qui sont relativement anciens, les escaliers des parties communes ne sont pas toujours bien balisés ou sécurisés (bandes podotactiles, main courante), correctement éclairés ou signalés, sont parfois glissants, et notamment les perrons d'immeuble et autres parties communes aux abords des ascenseurs. Les portes vitrées dans les halls d'immeuble, souvent mal signalées, sont particulièrement redoutées par les malvoyants (les aveugles les détectent avec une canne blanche).

1.5.5. - Les lieux publics et les déplacements en milieu urbain

En milieu urbain, il existe un certain nombre de risques reposant sur une information ou une sensibilisation insuffisante de la population quant aux difficultés que peuvent rencontrer les déficients visuels ou auditifs. Les poubelles laissées sur les trottoirs, une personne ouvrant brutalement ses volets sur la rue, sont autant de situations ou d'obstacles facteurs de risques pour les déficients visuels par exemple.

Les traversées restent dangereuses pour les déficients visuels, avec des feux sonorisés qui sont encore rares, ou des systèmes de commande des feux qui ne sont pas les mêmes selon les localités, et qui limitent donc le bénéfice de ce type d'aide technique, pourtant indispensable en terme de sécurité.

Les passages piétons ne sont pas toujours équipés de bandes podotactiles (bandes d'éveil de vigilance) pour signaler la traversée, et lorsque celles-ci existent, leur largeur et le pas de freinage ne sont pas normalisés, avec un risque important pour le déficient visuel de se trouver sur la chaussée sans le savoir, a fortiori dans le cas de plus en plus répandu où le trottoir et la chaussée sont au même niveau.

Les zones dites « partagées », ou « zones 30 » sont systématiquement signalées comme problématiques. Il est impossible pour les déficients visuels de distinguer le trottoir et la chaussée, qui sont au même niveau, et les bornes basses à l'entrée de ces zones sont une source d'accidents, tant pour les aveugles (compte tenu de sa hauteur, la borne se trouve dans l'angle mort de la canne blanche) que pour les malvoyants ou sourds, pour lesquels ces bornes sont hors du champ visuel (les sourds discutent en lecture labiale ou langue des signes, leur regard est souvent horizontal et ils ne perçoivent pas toujours les obstacles bas).

Les bornes empêchant les voitures de stationner sur les trottoirs sont également source de chocs pour le déficient visuel, et l'empêchent par ailleurs de se servir de l'arête du trottoir comme guide de la canne blanche. D'une manière générale, tous les plans inclinés, marches isolées non signalées par des bandes podotactiles sont source de chutes pour les déficients visuels, et principalement pour les malvoyants ou non-voyants qui n'utilisent pas la canne blanche. Les zones de travaux sont également souvent mal signalées, par un simple ruban plastique, difficilement détectable et souvent placé à l'endroit même de l'obstacle à éviter, empêchant toute anticipation.

Le mobilier urbain est fréquemment mal placé ou mal conçu. Le problème majeur tient aux obstacles de petite taille (petites bornes en béton pour délimiter ou empêcher le stationnement), mais aussi à tous les éléments (panneaux, bancs) dont le piétement (poteau, pied de banc) ne permet pas d'évaluer l'obstacle se trouvant à hauteur de genoux (l'assise des bancs, par exemple) ou à hauteur de visage (un panneau d'affichage large fixé sur un poteau).

Dans la rue comme dans les lieux publics, l'éclairage et les contrastes visuels sont souvent peu adéquats. On estime par exemple à tort qu'un lieu très éclairé sera plus satisfaisant pour un déficient visuel, alors même que la lumière peut facilement l'éblouir. Le contraste de lumière ou de couleurs peut en revanche être bénéfique au repérage des contours de pièces et des obstacles. La France a peu travaillé (contrairement au Québec) sur le

sujet du contraste visuel, qui semble pourtant un moyen appréciable et efficace de prévenir certains accidents.

Dans les lieux publics, les déficients visuels et les déficients auditifs ont parfois des attentes contradictoires. Les premiers redoutent les surfaces vitrées (notamment les malvoyants, qui ne peuvent pas les percevoir) et les autres, qui utilisent la vue comme sens de substitution, estiment qu'avoir un maximum de surfaces vitrées est de nature à les aider à mieux percevoir les risques. Dans les lieux publics, qu'il s'agisse des gares, écoles, structures de sports ou de loisirs, les consignes d'évacuation d'urgence ne sont généralement pas accessibles aux non-voyants, et les dispositifs d'alerte ou d'alarme sonores rarement doublés de signaux lumineux pour les sourds.
Les espaces publics sont souvent mal aménagés pour les déficients visuels, avec, outre les panneaux ou portes vitrés non signalés, des cloisonnements qui présentent des angles vifs (plutôt que des arrondis), des peintures rugueuses de type crépi qui blessent lorsque l'on s'y frotte, du mobilier en hauteur avec un risque de chocs au visage (écrans d'information, par exemple) et une faible utilisation des contrastes de couleurs, qui permettraient à beaucoup de mieux appréhender la forme des pièces, la présence de portes, les obstacles (marches isolées, plans inclinés, escaliers). Ces aménagements peu adaptés sont par exemple souvent présents dans les locaux de l'Éducation nationale où sont accueillis beaucoup d'enfants ou jeunes déficients visuels et auditifs, désormais plus régulièrement intégrés au système scolaire général.

En ce qui concerne les transports, les déficients visuels signalent le manque de systématisme dans les aménagements. Ainsi, dans les gares et stations de métro, les escaliers ne sont pas systématiquement signalés par des bandes podotactiles, les portes de train opposées aux quais ne sont pas toujours verrouillées dans les trains à l'arrêt (avec un risque de tomber sur les voies). Dans certains autocars, des écrans d'information, placés très bas, présentent un risque de choc au visage. À titre d'exemple, le tramway parisien, pourtant très récent, est perçu comme particulièrement dangereux. Les abords des voies sont mal balisés, avec un problème de repérage général, qui ne concerne pas uniquement les déficients visuels, et les bandes podotactiles ne respectent pas le pas de freinage de 50 cm. Une étude de la Ville de Paris et de l'Apam a montré que trois personnes sur quatre passent la bande d'éveil de vigilance et se retrouvent sur les voies sans s'en apercevoir.
Pour les sourds, le signal sonore de fermeture des portes n'est pas systématiquement doublé d'un signal lumineux. Par ailleurs, les informations aux voyageurs données dans les aéroports ou les gares, dans les avions ou les trains, sont le plus souvent exclusivement sonores. Les sourds signalent également les dangers de la circulation à vélo, en raison de leur incapacité à entendre un véhicule qui tente de les doubler. À ce titre, ils indiquent que l'équipement des deux roues en rétroviseurs permet un gain intéressant en termes de sécurité, pour eux et d'une manière plus générale, et suggèrent que des équipements partagés tels que les Vélib' parisiens en soient équipés.

1.5.6. - Dans le cadre des activités de sports et de loisirs

Les déficients auditifs ne se disent pas particulièrement limités par les questions de sécurité dans leurs activités de sports et de loisirs, pas davantage qu'une personne entendante. Lors de la pratique d'un sport ou de bricolage, le risque majeur réside dans l'impossibilité d'appeler les secours en cas d'accident.
Pour les déficients visuels, beaucoup de sports sont praticables dans des conditions satisfaisantes de sécurité, à condition de ne pas être des sports de groupe, et d'offrir un encadrement individuel par des personnes de confiance. C'est à la personne d'évaluer au cas par cas la faisabilité de telle ou telle activité.
La baignade en mer pose problème car les zones de baignade sont mal signalées pour les déficients visuels et la personne peut facilement dériver avec les courants. Il s'agit alors pour le déficient visuel de prendre la précaution de prévenir le surveillant de baignade de ce danger potentiel et susciter sa vigilance particulière.
Les piscines présentent également régulièrement des risques qu'il serait possible de limiter moyennant des

aménagements adéquats. L'environnement très sonore des piscines est déstabilisant pour le déficient visuel, qui utilise habituellement l'ouïe comme sens de substitution, et qui y perd donc facilement ses moyens. Outre cet inconvénient, les piscines comportent fréquemment des marches isolées qui pourraient être annoncées par des bandes podotactiles et des nez-de-marche de couleur (ainsi que les escaliers et rebords). Par ailleurs, les piscines sont souvent trop éclairées (avec un risque d'éblouissement) et les sols y sont trop glissants.

Au-delà de ces activités sportives, les déficients visuels soulignent le fait que, pour les loisirs culturels, pour le tourisme, dans le cadre de l'hôtellerie, les systèmes d'accessibilité ne sont pas toujours totalement adaptés. Les personnes pensent être autonomes en début de parcours et se trouvent perdues d'un seul coup, avec des dangers potentiels. Par exemple, dans les clubs de vacances, le chemin d'accès à la piscine ou ses abords ne sont pas nécessairement bien balisés

2.Enjeux

2.1. - Faire reconnaître par le grand public et par les professionnels concernés la déficience sensorielle, y compris tardive ou partielle, comme un handicap à part entière. À ce titre, la déficience sensorielle suppose une prise en charge, dans une double perspective d'autonomie et de sécurité.

2.2. - Améliorer la prise en charge globale et précoce des personnes déficientes visuelles ou auditives en termes de formation, de réadaptation et d'information pour mieux sécuriser leur quotidien. Cette prise en charge est déjà assurée pour les plus jeunes déficients sensoriels, mais il s'agit de l'étendre aux personnes devenues sourdes ou aveugles en cours de vie, qui représentent la part essentielle de la population de déficients visuels ou auditifs. Cette part ne va cesser d'augmenter en raison du vieillissement de la population.

2.3. - Changer de paradigme : passer d'une politique qui consiste à aider la personne handicapée à s'adapter à son environnement à une politique qui consiste à adapter l'environnement à la personne handicapée, sur le modèle du Québec.

2.4. - Relever le défi de partenariats efficaces entre les pouvoirs publics (l'État, les collectivités locales, les grands établissements de transports, les fournisseurs d'énergie), les associations de personnes déficientes sensorielles et les industriels. Il s'agit là d'un facteur clé pour mettre en œuvre les recommandations.

3.Recommandations

Il est rappelé au préalable que le 2 juin 2008, le ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité a présenté un plan handicap visuel, comprenant notamment deux objectifs relevant directement de la prévention des AcVC : « Se mouvoir en toute sécurité dans la cité » et « Être autonome dans sa vie quotidienne »[6].

3.1. - Améliorer la prise en charge de la personne déficiente visuelle ou auditive

3.1.1. Mettre en place un système de prise en charge et de financement homogène sur le territoire, indépendant des politiques locales, dans le but de permettre à toute personne déficiente visuelle ou auditive de bénéficier des mêmes prestations (de rééducation, de conseil et d'aide à l'équipement) en terme de préservation d'autonomie et de sécurité de la vie quotidienne, où qu'elle se trouve en France.

3.1.2. Étudier de nouveaux dispositifs d'aide au financement des systèmes palliatifs (prothèse auditive, chien d'aveugle) qui atténuent les effets du handicap, et contribuent à l'autonomie, à la communication et donc à une meilleure sécurité au quotidien.

3.2. - Assurer la formation et l'information des personnes handicapées, des assistants de vie, des métiers du bâtiment

3.2.1. Veiller à l'application effective des dispositions de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées[7], dans tous les cursus de formation initiale et de formation continue des métiers de la construction, du bâtiment, de l'aménagement.

3.2.2. Élaborer des programmes d'information complets sur les structures et modes de prise en charge existants, afin d'en faciliter l'accès à un maximum de déficients visuels ou auditifs : pour le grand public afin de toucher les personnes déficientes auditives et leur entourage ; pour les professionnels de santé ; pour les acteurs sociaux et structures d'orientation (MDPH).

3.2.3. Élaborer un programme d'information sur la prévention des AcVC et sur les aides techniques spécifiques pour la sécurisation de la vie quotidienne des déficients visuels et auditifs, avec des supports et des contenus adaptés aux spécificités de ces cibles (braille, langue des signes, gros caractères, documents audio, simplicité rédactionnelle).

3.2.4. Donner un statut officiel aux formations complémentaires spécialisées dans le handicap auditif et visuel des professionnels directement en charge de la rééducation (ergothérapeute ou psychomotricien, par exemple).

6. L'objectif « Se mouvoir en toute sécurité dans la cité » se décline en quatre mesures : renforcer la formation tout au long de la vie des professionnels de la conception du cadre bâti, de l'urbanisme et des matériels à l'accessibilité « tous handicaps », améliorer la qualité de l'accessibilité pour les personnes déficientes visuelles, mieux prendre en compte la mise en sécurité de l'espace urbain et des transports pour les personnes déficientes visuelles et développer le métier d'instructeur en locomotion. L'objectif « Être autonome dans sa vie quotidienne » se décline en trois mesures : généraliser l'étiquetage en braille et en caractères agrandis sur les produits de consommation courante, faciliter la vocalisation des appareils de la vie quotidienne et donner un cadre au métier d'instructeur en activités de vie journalière.

7. Loi n°2005-102 du 11 février 2005, notamment son article 41-V et décret n°2007-436 du 25 mars 2007 relatif à la formation à l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées.

3.3. - Améliorer, normaliser, généraliser et rendre accessibles les équipements, les aides techniques et les aménagements de nature à sécuriser l'environnement du déficient visuel ou auditif

Dans la sphère publique

3.3.1. Rendre les messages d'alerte (alertes météo, alertes sanitaires) accessibles aux déficients auditifs, en tenant compte de la difficulté d'accès au langage écrit par le déficient auditif de naissance (nécessité de messages simples, d'explications plus visuelles que textuelles).

3.3.2. Imposer l'application des normes d'aménagement de l'espace urbain, des transports et plus globalement des espaces publics afin de généraliser la présence des équipements de sécurité (bandes podotactiles par exemple), leur bon fonctionnement (manque de maintenance des boucles magnétiques dans les lieux publics) et de les rendre utilisables au plus grand nombre (ce qui n'est par exemple pas le cas des commandes de feux sonorisés, qui fonctionnent différemment selon les localités). Veiller en particulier à la bonne adaptation des zones dites « partagées » (zones 30) ainsi que des abords du tramway parisien à la circulation des personnes déficientes visuelles ou auditives.

3.3.3. Préciser certaines normes afin que leur application aboutisse à des aménagements homogènes et fiables. Par exemple, les bandes podotactiles, même obligatoires aux abords des escaliers, ne sont pas systématiquement de la même largeur, de la même couleur, et ne sont pas toujours à la bonne distance de l'obstacle.

3.3.4. Exploiter les études existantes (notamment au Québec) sur la question du contraste visuel pour l'aménagement des espaces publics.

3.3.5. Améliorer ou mettre en place rapidement un système d'appel d'urgence, permettant aux déficients auditifs de contacter les secours et de bénéficier d'une intervention en cas d'accident.

3.3.6. Imposer l'installation de systèmes d'alerte lumineux (pour les déficients auditifs) dans les lieux publics et notamment dans les locaux de l'éducation nationale, qui accueillent désormais des enfants sourds intégrés au système scolaire classique.

Dans la sphère domestique

3.3.7. Lancer une réflexion avec les industriels pour permettre l'identification par les déficients visuels des produits dangereux (produits ménagers, produits d'hygiène), qui prenne en compte la faible proportion de personnes en mesure de lire le braille.

3.3.8. Lancer une réflexion avec les industriels de l'agroalimentaire pour rendre accessibles aux déficients visuels les dates limites de consommation des produits alimentaires. Cette solution devra tenir compte de la faible proportion de personnes en mesure de lire le braille.

3.3.9. Sensibiliser les fabricants à la nécessité d'innover et de mettre à disposition des produits utilisables par les déficients visuels et auditifs, visant à la fois à préserver leur autonomie et à sécuriser les gestes de leur vie quotidienne (systèmes d'alerte vibrants ou lumineux, plaques de cuisson avec possibilité de repères tactiles, par exemple).

3.3.10. Mettre en place des aides ou des partenariats avec les fabricants et les distributeurs pour que les déficients visuels ou auditifs puissent accéder aux appareils qui leur sont adaptés, sans surcoût. Développer la conception universelle des équipements domestiques pour permettre la diffusion la plus large à un moindre coût.

Composition du groupe de travail

Président
M. Édouard COUTY, *conseiller maître à la Cour des comptes*

Rapporteur
Mme Sylvie VANNESTE, *coordinatrice à Macif Prévention*

Personnes auditionnées

M. Maurice BECCARI, *directeur général de la Fédération nationale pour l'insertion des personnes sourdes et des personnes aveugles en France (Fisaf)*

M. Henri BIMONT, *chargé de l'action sociale auprès des adultes, du centre de documentation, écrivain public à l'Institut de jeunes sourds de Paris (INJS)*

Mme Marine BOUCHU, *chargée de l'action sociale auprès des adultes, du centre de documentation, écrivain public à l'INJS*

M Arnaud de BROCA, *secrétaire général de l'Association des accidentés de la vie (FNATH)*

M. Philippe CHAZAL, *secrétaire général du Comité national pour la promotion sociale des aveugles et des amblyopes (CNPSAA)*

M. Jean-Marie CIERCO, *inspecteur pédagogique et technique des établissements pour déficients visuels, ministère du Travail et de la Solidarité, (DGAS)*

M. Jean-François DUTHEIL, *directeur de l'INJS*

Mme Sylvie ERVÉ, *directrice adjointe du pôle déficience sensorielle à l'Institut Montéclair (Angers)*

M. Philippe FELISSI, *conseiller de la FNATH*

M. Patrick GOHET, *délégué interministériel aux personnes handicapées*

Mme Christiane GUÉRET, *éducatrice de jeunes sourds à l'INJS*

M. Francis GUITEAU, *directeur du pôle déficience sensorielle à l'Institut Montéclair*

Mme HECTOR, *enseignante et chargée des relations internationales de l'Institut des jeunes aveugles (Inja)*

M. Thierry JAMMES, *président de la commission accessibilité - nouvelles technologies, du CNPSAA*

Mme MAGNIA, *enseignante et chargée de la communication de l'Inja*

M. Jérôme MELCHIOR, *responsable du centre de promotion sociale des adultes sourds de l'INJS*

M. Manuel PEREIRA, *président d'Handicapzéro*

Mme Françoise QUÉRUEL, *trésorière de l'Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif (Unisda)*

Mme Françoise SABOTIER, *directrice de l'Inja*

M. SOUALI, *instructeur en autonomie de la vie journalière à l'Inja*

M. Bertrand TESSIER, *directeur adjoint du pôle déficience sensorielle à l'Institut Montéclair (Angers)*

Mme Pierrette TISSERAND, *sous-direction des personnes handicapées, ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DGAS)*

Deux groupes d'expression de déficients visuels et auditifs à l'Institut Montéclair (Angers)

Personnes ayant commenté cette synthèse

M. Rémi REUSS, *responsable du service technique de l'Institut national de la consommation (INC)*

Mme Anne KIEFFER, *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)*

Mme Pierrette MORIN, *mission Bâtiments et personnes dépendantes, responsable du projet Accessibilité, maintien à domicile et sécurité domestique, Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB)*

Président
M. Jean-Pierre PETITEAU

Rapporteur
M. Alex MAIRE

La prévention des incendies domestiques

Le 30 avril 2008 à Limoges (Haute-Vienne), six personnes sont blessées dans un feu de maison d'habitation de trois étages. Le même jour, au Cellier (Loire-Atlantique), une femme de trente et un ans et son garçon de trois ans meurent dans une maison individuelle, la maison est entièrement détruite par l'incendie. Et à Alençon (Orne), quatre personnes sont blessées dans un feu d'appartement contigu à des immeubles. Le 1er mai, à La Poterie-Cap-d'Antifer (Seine-Maritime), un homme de soixante-dix-neuf ans meurt d'un feu de matelas dans sa chambre.

Pour cette seule journée de garde de vingt-quatre heures, ordinaire en comptes rendus d'événements, la liste n'est malheureusement pas exhaustive. Une telle journée est banale, sauf pour les victimes, les témoins, leurs proches, les élus, les propriétaires, mais aussi pour les policiers et les pompiers qui ne recueillent pas sans séquelles le cadavre d'un enfant de trois ans. Le silence médiatique autour de cette journée « ordinaire » ne retire rien à la douleur et aux larmes d'anonymes. Ce constat d'une avalanche de drames dont une partie importante pourrait être évitée a été fait depuis longtemps, et génère une certaine lassitude. Car il semble que la situation au lieu de s'améliorer, se détériore, et que l'on prépare de façon involontaire des drames futurs en écartant le problème de l'incendie domestique.

Au-delà de certains désaccords portant sur des détails, les membres de cet atelier se sont tous montrés convaincus du bien-fondé d'actions fortes et concertées pour faire sensiblement diminuer le nombre de victimes d'incendies domestiques, leur cortège de souffrances et leur coût pour la société.

Le drame qu'est l'incendie domestique avec victimes repose sur la conjugaison de plusieurs facteurs. Ce document présente les situations actuelles et leurs implications qui ne permettent que de dresser un constat alarmiste. Les travaux et réflexions du groupe confirment des tendances connues mais remettent également en cause certaines positions. Les recommandations formulées ensuite par le groupe de travail s'affranchissent des multiples contraintes législatives, protectionnistes ou politiciennes qui ne manqueront pas de s'élever y compris au sein de leur entité d'appartenance.

1.État des lieux

1.1 - Les chiffres

On ne connaît pas précisément le nombre et les circonstances d'incendies domestiques générant des victimes : les sources sont diverses (hôpitaux, pompiers, assureurs, associations, groupes d'études) et peu centralisées. De plus, les données existantes restent incomplètes, écartant des paramètres importants pour la compréhension du phénomène, comme, par exemple, l'environnement socio-économique ou la nature des constructions. Il est toutefois possible de dégager des tendances fortes.

Certaines sources avancent le chiffre d'un mort par jour dans les incendies d'immeubles collectifs. Ceux-ci ont généralement lieu la nuit et dans des constructions antérieures à l'arrêté du 31 janvier 1986 relatif à la protection des bâtiments d'habitation contre l'incendie. Selon d'autres sources, 460 personnes décèdent sur place et quelques centaines d'autres à l'hôpital. Mais d'autres données, reposant sur des extrapolations des chiffres des hôpitaux et des mutuelles d'assurance, laissent apparaître un nombre de décès imputables aux incendies encore plus important, de l'ordre de 1 000 par an. Malgré ces imprécisions, le nombre de morts en France apparaît important, comparé à d'autres pays européens.

25% des incendies sont d'origine électrique, et 75% des départs de feu sont le fait de maladresses ou d'actes volontaires. Les foyers principaux d'incendie sont, par ordre décroissant, la chambre, le salon et la cuisine. De nombreux feux débutent aussi dans les locaux à poubelles, mais dans ce cas le nombre d'actes de malveillance est très significatif.

Entre le 1er janvier et le 1er mai 2008, la brigade de sapeurs-pompiers de Paris a constaté vingt-six décès sur feu. Au cours de ces dernières années, on a comptabilisé en moyenne cinquante morts par an pour le secteur de compétence de cette unité qui défend Paris et les trois départements de la petite couronne. Depuis vingt ans, le nombre d'incendies est en augmentation, ce qui peut s'expliquer par l'accroissement de la population mais aussi par d'autres phénomènes comme l'augmentation du nombre d'objets électriques.

Il serait appréciable de disposer de chiffres fiables, mais une enquête sérieuse demande de véritables moyens financiers, humains, et une volonté politique affirmée puisqu'il est alors nécessaire de recourir à des recherches transverses entre les différents ministères. Les données sur les morts par feu au niveau national ne permettent pas aujourd'hui d'établir des distinctions entre les bâtiments. Le mort par incendie était peut-être au travail, peut-être dans son lit. Par ailleurs, il n'existe pas de réel « suivi » des blessés : une personne âgée qui inhale des fumées toxiques n'en subira peut-être des conséquences létales qu'au bout de plusieurs mois, son décès n'étant alors pas imputé à l'incendie.

Il manque actuellement une étude complète, conduite sur plusieurs années par des spécialistes de haut niveau en médecine, statistiques, sociologie, incendie… œuvrant à temps complet. Il faudrait également recouper les chiffres de tous les acteurs du secours mais aussi ceux des hôpitaux, des médecins libéraux et des assureurs.

1.2 - Le comportement humain : un manque d'information

À L'Haÿ-les-Roses (Val-de-Marne), en 2005, la conjugaison de différents éléments a conduit à des conséquences dramatiques. L'inflammation volontaire d'une boîte aux lettres conjuguée avec la qualité des matériaux de construction, l'existence de travaux de rénovation et un comportement inadapté des occupants a eu des conséquences dramatiques puisque dix-huit

personnes ont trouvé la mort. En mettant de côté les facteurs matériels (matériaux, travaux de rénovation), il reste l'inadéquation des comportements humains. Il est peu probable que les jeunes filles qui ont enflammé la boîte aux lettres aient eu l'intention de tuer. Mais il est également peu probable que les occupants de l'immeuble décédés ou blessés aient compris que le salut était de rester chez eux où ils étaient en sécurité.

L'ignorance des personnes sur le comportement à adopter est récurrente et lourde de conséquences. La méconnaissance des numéros d'appel, des initiatives inappropriées dans la lutte contre le feu, l'ignorance du danger que représente la fumée dans les escaliers ou l'utilisation de l'ascenseur, l'imprudence d'une tentative de sortie par les fenêtres pour échapper au sinistre ont des conséquences dramatiques. Outre les comportements, il y a souvent derrière les chiffres une réalité sociale lourde de fléaux parfois conjugués. L'alcool, le tabac et la drogue sont ainsi souvent associés à des incendies. De plus, les personnes âgées, malades, affaiblies, dépressives en sont plus souvent victimes. Les campagnes de prévention par le biais d'affiches ou de dépliants distribués semblent trouver leurs limites. Qui prend la peine de lire une fastidieuse plaquette recensant comme un inventaire l'origine supposée de 100 000 incendies ?

La mauvaise utilisation des prises électriques, les cigarettes dans les chambres, les bougies sans surveillance, le linge sur les radiateurs électriques, l'éclairage halogène trop près des rideaux, les appareils électriques en veille sont des facteurs de risques. Nous sommes ici dans une partie qui concerne plus le comportement humain que le danger présenté par l'électricité ou la flamme. Enfin, les spécificités culturelles liées aux pays d'origine de certaines victimes peuvent également expliquer des comportements irrationnels en cas d'incendie.

1.3 - L'électricité

Concernant les incendies d'origine électrique, ce sont les appareils plus que les installations qui sont à l'origine des incendies[1]. Il serait réducteur de n'attribuer le risque électrique qu'à l'âge de l'installation. Une mauvaise utilisation ou des dysfonctionnements sont en cause.

L'usage qui est fait des appareils et des prises électriques peut parfois largement dépasser les capacités de l'installation. Certaines installations électriques sont réalisées de façon très sommaire pour alimenter des installations techniques, ce qui peut générer des risques importants. On trouve des empilements de multiprises dans la plupart des appartements, pour répondre à l'augmentation exponentielle des appareils électriques et de leur utilisation. La ventilation naturelle insuffisante derrière les appareils électriques, l'eau et l'humidité font également mauvais ménage avec l'électricité. Les mesures actuellement prises pour informer les consommateurs sur ces risques restent peu performantes : il arrive que des fiches d'usage soient distribuées par des bailleurs pour l'utilisation des installations électriques…

1.4 - Le gaz

Dans les immeubles anciens, le gaz de ville est très souvent distribué par des canalisations en plomb qui peuvent fondre en cas d'incendie. Dans tous les lieux, le stockage de bouteilles de gaz est dangereux pour les occupants et pour les services de secours en cas de sinistre.

1. La CSC a rendu deux avis, en décembre 1987 et en décembre 2003, relatifs aux installations électriques anciennes, et préconisant la mise en place d'un diagnostic. Le principe d'un tel diagnostic électrique a été inclus dans la loi ENL pour les biens immobiliers au moment de leur mutation et entrera en application début 2009.

1.5 - Les maisons individuelles : le problème des cheminées

Les inserts et les cheminées dans les habitations individuelles sont souvent à l'origine d'incendies. Un comportement négligent peut avoir des conséquences dramatiques : l'absence de pare-feu devant les cheminées pour éviter d'enflammer le mobilier, l'allumage imprudent des cheminées avec des liquides inflammables ou l'absence de ramonage du conduit de cheminée sont responsables de nombres d'incendies.

1.6 - Les appartements

Ils sont les lieux où l'on meurt le plus souvent par incendie. Le coût des incendies est plus important que celui des dégâts des eaux et représente entre 38 et 55% du coût total des sinistres. Les mobiliers sont inflammables, et en particulier les gaz de pyrolyse des mousses et matériaux. Les personnes qui s'endorment avec une cigarette ou une bougie au pied du lit se condamnent parfois à une mort par asphyxie ou brûlure. On dénombre moins de sinistres dans les cuisines que dans les chambres ou salons et séjours. Durant la journée, l'état de vigilance permet une réaction rapide en cas de début d'incendie. Un détecteur autonome avertisseur de fumée (Daaf) peut suppléer au manque de vigilance de l'individu notamment pendant son sommeil[2]. Le Daaf doit réveiller l'individu. Entretenu et judicieusement installé, il est efficace et permet de réagir rapidement.

Les Daaf devraient être rendus obligatoires, aux termes de la loi en voie d'adoption. Cette loi devrait rendre obligatoire, d'ici à cinq ans la présence de détecteurs de fumée dans tous les lieux d'habitation.

Les Daaf suscitent actuellement en France de multiples annonces, des intérêts mercantiles et des quantifications « sauvages » du nombre de vies potentiellement sauvées. Ces dernières doivent être prises avec beaucoup de recul. En effet, de multiples paramètres devraient être évoqués en parallèle, comme les mesures d'incitation, d'information, de contrôle et de sanction, ou la nature des constructions.

Dans certains pays anglo-saxons et au Canada, où les sapeurs-pompiers passent pour vérifier les Daaf, ils relèvent des résultats très variables. Parfois, le taux d'équipement en Daaf est très élevé mais l'entretien n'est pas assuré. L'exemple d'une bonne utilisation des Daaf vient des États-Unis où le pourcentage du nombre d'incendies a significativement baissé en vingt ans. Des magazines en France proposent des essais comparatifs entre les Daaf, même si ceux-ci ne sont pas encore obligatoires.

Certains pays, qui ont mis en place il y a plus de vingt ans des mesures de sensibilisation des populations et d'installation obligatoire de Daaf, préconisent actuellement des systèmes plus sophistiqués. L'installation de détection incendie dans chaque pièce, et éventuellement couplée avec la détection d'intrusion, est alimentée par le réseau électrique, secouru en cas de défaillance, et relié à de la télésurveillance. Des liaisons radioélectriques sont possibles. Si l'efficacité de ces systèmes est indéniable, leur réussite procède d'une démarche différente. Vouloir installer les mêmes systèmes sophistiqués en France en s'affranchissant de vingt ans d'étapes intermédiaires d'appropriation du

2. La CSC a rendu un avis relatif aux Daaf en mars 2008 montrant des résultats d'essais contrastés : pour le feu déclaré, la quasi-totalité des détecteurs donne l'alerte entre une et trois minutes. S'agissant du test au feu couvant, la majorité des appareils réagit entre trois et cinq minutes malgré quelques cas de détection tardive atteignant huit à dix minutes. L'essai sur feu localisé ne révèle en revanche qu'une minorité de détecteurs suffisamment réactifs.
En conséquence, la CSC a demandé aux pouvoirs publics d'intensifier les opérations de vérification de la conformité des Daaf sur la base d'échantillons prélevés dès la mise sur le marché. Pour renforcer la fiabilité de ces dispositifs de sécurité, elle leur a demandé d'intervenir auprès de la Commission européenne afin que la conformité à la norme européenne soit attestée au niveau le plus élevé (niveau 1+, permettant les contrôles sur des échantillons en cours de production par un organisme tiers et non par le fabricant).
Par ailleurs, un intervenant au Forum du 10 juin 2008 de Tortue Concept, cabinet conseil en sécurité domestique, s'est interrogé sur la fiabilité des Daaf actuellement existants sur le marché français ; certains, semble-t-il, ne seraient pas suffisamment performants. D'autre part, le même intervenant a attiré l'attention sur la nécessité impérieuse d'une information auprès des détenteurs de Daaf, et en particulier auprès des enfants qui, s'ils ne sont pas suffisamment avertis, risquent de se cacher lorsque le Daaf se déclenche, produisant ainsi l'effet contraire à celui recherché.

produit est précipité. Il est vraisemblable que ces systèmes peuvent trouver un intérêt pour une population avertie, impliquée et responsable, mais ne sont pas adaptés à un usage généralisé.

1.7 – Parties communes des immeubles

Les parties communes des immeubles d'habitation sont à l'origine de nombreux incendies importants. Elles sont également le vecteur privilégié de propagation du feu. Si les fumées se propagent et que les occupants ont un comportement inadapté, cela peut impliquer de graves conséquences. Les immeubles d'habitation anciens qui ont su se pourvoir d'exutoires de fumées et encloisonner leurs escaliers ont grandement amélioré leur niveau de sécurité face à un risque d'incendie. L'escalier encloisonné pourvu d'un exutoire de fumées est un élément constructif vital pour la sécurité. Le stockage massif dans les caves est un facteur qui contribue au problème de la sécurité incendie. Dans les caves, on retrouve en effet des stockages inutiles de combustibles liquides ou solides, parfois à proximité de sources de chaleur et de produits inflammables. Les ventilations d'air des WC sont prises à partir des caves dans les immeubles des années 1970 ; en conséquence, si un feu prend dans les caves, les fumées se propagent dans tous les appartements. Dans les immeubles en pierre plus anciens, la circulation d'air dans les caves contribue fortement à l'assainissement des murs et des sols en terre battue. Tout cloisonner et tout isoler dégrade les lieux.

Il est très difficile pour les gestionnaires de modifier les comportements humains. Qu'il s'agisse de la mise en place de locaux pour les poussettes ou pour le tri sélectif, il faut chaque fois faire preuve de beaucoup de pédagogie. Le risque d'incendie accru est l'un des effets pervers du tri sélectif, certains produits, notamment les emballages, étant stockés sous une forme particulièrement inflammable. Il n'existe pas d'impératifs de réaction au feu pour les matériaux permettant d'améliorer l'isolation thermique par l'extérieur. Outre la nature du matériau, sa mise en œuvre peut engendrer la création de cheminées propices à une propagation rapide du feu entre les étages.

1.8 – Les contrôles

Hormis quelques sondages, on ne réalise pas de contrôles systématiques de la sécurité incendie dans les immeubles d'habitation neufs. Le maître d'ouvrage est censé s'en occuper selon les règlements en vigueur, mais dans les faits, les écarts constatés par rapport aux exigences en sécurité incendie sont fréquents. En cas de travaux de rénovation ou de réhabilitation par exemple, les contrôles ne sont même pas envisagés. Le désenfumage des parties communes n'est pas vérifié périodiquement alors que les services d'incendie et de secours constatent régulièrement lors des interventions qu'il ne fonctionne pas toujours bien.

Il est à noter que tous les diagnostics imposés aux propriétaires ces dernières années accroissent leurs charges et contraintes (accessibilité, thermique, plomb, termites), jusqu'au bilan énergétique, désormais obligatoire pour louer un logement. De plus, contrairement à d'autres diagnostics, un bilan de sécurité incendie effectué appartement par appartement risque de se montrer inopérant : en effet, on n'échappe pas au sinistre du voisin.

Sur le secteur de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris, et dans un certain nombre de départements, un contrôle systématique sur plan et à la réception était mené pour les immeubles d'habitation collectifs. Il est aujourd'hui très fortement pressenti et craint que la conformité des bâtiments d'habitation vis-à-vis de la sécurité incendie baisse suite à la réforme du permis de construire. Les éléments manquants ou mal réalisés ne pénalisent pas la vie quotidienne dans l'immeuble, voire la simplifient, comme l'absence de portes avec des ferme-porte ; les difficultés surviennent, par exemple, lorsque des automobiles brûlent dans le parking en sous-sol ou que les sapeurs-pompiers ne peuvent pas mettre leur échelle mécanique en station devant l'immeuble. Il n'est pas certain que tous les promoteurs se donnent les moyens de respecter les réglementations en vigueur.

2.Enjeux

2.1. - Le marché et les marchands

Le domaine de la sécurité incendie n'échappe pas aux actions de lobbying. Il est légitime que les entreprises cherchent à développer leur activité de vente, d'installation ou de prestation. Cependant, certains chiffres ou analyses annoncés pour favoriser des opérations marchandes et des visées commerciales ne reflètent qu'un aspect de la problématique et peuvent conduire les décideurs à des prises de position erronées. Avec plusieurs milliers de victimes chaque année, la sécurité incendie dans les habitations mériterait la même attention que la sécurité dans les ascenseurs qui génèrent pourtant beaucoup moins d'accidents.

2.2. - L'immobilier

Le niveau de sécurité contre les risques d'incendie n'est pas un facteur qui impacte les valeurs foncières ou locatives d'un bien immobilier. A contrario, le niveau de sûreté contre la malveillance, lié à l'environnement de l'immeuble, au voisinage et aux mesures passives ou actives de protection mises en place est un paramètre important pour la valeur foncière ou locative.

2.3. - Les responsabilités

Il n'est pas interdit de vendre ou louer un bien immobilier qui ne présente pas toutes les garanties en terme de sécurité contre l'incendie, alors qu'un bilan « termites » ou « plomb » doit être fait. La législation devrait être plus incitative pour obtenir des résultats. Les recommandations ont montré leurs limites, il faut désormais des obligations pour améliorer la sécurité. La fiscalité est également un levier très incitatif, qu'il s'agisse de mesures portant sur les matériaux ou sur la main-d'œuvre.

2.4. - Les initiatives locales

Les démarches prises à l'échelon local sont les plus fiables. Il est intéressant d'évoquer les actions menées dans le département du Haut-Rhin en prolongement des campagnes nationales. Les sapeurs-pompiers ont visité un échantillon de 25 000 logements, demandant aux habitants s'ils avaient installé des Daaf, et leur remettant des dépliants expliquant l'intérêt et l'utilisation des Daaf. Ces opérations sont faciles à mener dans les villes de moins de mille habitants mais beaucoup plus délicates dans les villes de plus importantes. À Colmar, 3% des foyers sont équipés de Daaf, contre 10% dans les villes plus petites du département. Dans cette région, deux sapeurs-pompiers professionnels et un sapeur-pompier volontaire dédiés à cette mission passent dans toutes les classes de sixième durant une heure pour sensibiliser les élèves sur le danger des incendies domestiques. Les amicales de sapeurs-pompiers s'impliquent, et les soldats du feu fixent les Daaf chez les personnes qui le demandent. D'autres départements conduisent des actions de prévention. Le nombre de pompiers volontaires, l'implication des conseils généraux ou des mairies sont parfois à souligner.

2.5. - Les maires

Une consultation des services départementaux d'incendie et de secours est possible par les maires en application du code général des collectivités territoriales. De la même façon, les sapeurs-pompiers ont la possibilité de signaler au maire des dangers et des anomalies graves constatés dans les immeubles d'habitation. Le maire, investi de ses pouvoirs de police, peut imposer un diagnostic incendie et les travaux nécessaires pour remédier à une situation jugée dangereuse.

2.6. - Les syndics ou gestionnaires

Il est difficile de faire effectuer des travaux si le syndic n'est pas motivé. Actuellement, les obligations de travaux pour l'amélioration de la sécurité incendie n'existent pas. Il faut la volonté des propriétaires ou copropriétaires pour que des travaux de cet ordre soient votés, alors même que des travaux de rénovation importants ne requièrent, quant à eux, qu'une simple déclaration de travaux. On peut passer d'un immeuble vétuste à un immeuble rénové à loyer libre sans que des contraintes liées à l'incendie soient imposées. La décision collective des copropriétaires ne les exonère de rien en cas de mort. C'est le code pénal qui s'applique. Le plus difficile est de sensibiliser les copropriétés de taille moyenne. Il est plus facile de travailler sur les parties collectives des immeubles d'habitation que sur les parties privatives. Les propriétaires ont de multiples obligations, notamment par le biais du conseil syndical.

2.7. - L'occupant

Si le syndic est le sachant et le propriétaire le payeur des travaux importants, l'occupant, lui, a en charge sa propre sécurité et doit adopter les comportements adéquats ne mettant pas en péril la vie d'autrui. Des obligations existent à chaque niveau de la chaîne. Il ne faut pas déresponsabiliser les occupants ; une fiche d'usage dans l'appartement permet de les impliquer.
Des comportements inadaptés dans les immeubles collectifs sont trop souvent à déplorer ; ils ont des conséquences parfois mortelles pour le voisinage. C'est dans les cages d'escaliers que s'engouffrent les familles et que les morts sont parfois retrouvés. Les libertés individuelles ne permettent pas en France d'imposer des obligations suffisantes dans les parties privatives. Le Daaf semble un moyen peu onéreux et efficace pour améliorer la sécurité du particulier tout en le responsabilisant sur sa sécurité, comme peut le faire un casque ou une ceinture de sécurité.

2.8. - La malveillance

Il s'agit d'un domaine particulier, et il semble difficile d'éviter tous les départs de feu en misant uniquement sur la prévention contre l'incendie. La réglementation n'est en effet pas faite pour lutter contre la malveillance mais contre l'imprudence. Le simple fait de mettre le feu à une boîte aux lettres ou à une poussette dans un hall d'immeuble collectif peut avoir des conséquences tragiques. C'est contre la malveillance que les gens cherchent surtout à se prémunir. Le financement de plusieurs portes blindées avec des digicodes, des caméras, des rondes effectuées par des vigiles est plus facilement accepté que l'achat d'un Daaf.

2.9. - Les diagnostics

Des diagnostics et des visites périodiques sont indispensables, car un désenfumage cassé ou inopérant, des portes démontées ou des blocs d'éclairage de secours hors service ne servent à rien. Compte tenu de l'enjeu et des risques, il serait souhaitable que, pour les immeubles collectifs, le diagnostic soit obligatoire et impérativement suivi d'effets.

Le diagnostic est différent du contrôle technique qui répond à un cahier des charges précis, comme les diagnostics gaz mandatés par GDF. Actuellement, un certain nombre de diagnostics sont exigés pour les transactions par les notaires. Un diagnostic à la vente pour les immeubles de troisième famille construits avant 1986 serait plus qu'opportun.

2.10. - Les sources existantes

Outre les textes réglementaires, de nombreux documents ont été publiés et témoignent de l'importance du problème. Des mesures et moyens sont envisagés pour améliorer la situation existante. Il existe des préconisations pour des diagnostics, comme les guides de l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (Anah), les recommandations de la Direction générale de l'urbanisme de l'habitat et de la construction (DGUHC), le rapport Doutreligne-Pelletier en faveur des populations les plus démunies, les propositions de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF), les guides de l'Agence française de normalisation (Afnor).

3.Recommandations

Les mesures prises pour diminuer le nombre de morts et de blessés sur la route ne sont certes pas toutes applicables au cas des incendies domestiques. Cependant, le succès de la politique mise en œuvre contre l'insécurité routière peut servir de fil conducteur en matière d'incendies domestiques. Les autorités publiques ont pu appuyer leur politique sur des chiffres fiables. La qualité des automobiles face aux chocs s'est améliorée au fil des décennies. L'État a imposé et délégué le contrôle périodique des automobiles à des tierces parties. Les médias ont relayé des campagnes d'information et de prévention. Enfin, les forces de police et la justice ont mis en oeuvre des contrôles du comportement et des sanctions.

Les textes concernant les personnes handicapées viennent de paraître, et un retour d'expérience sera disponible d'ici quelques années. Ces textes sont d'application obligatoire, assortie de contrôles. Ce sont des mesures plus incitatives que les recommandations fixées par la circulaire du 13 décembre 1982 pour la sécurité des immeubles d'habitation existants.

Il faut souligner que des dispositions peuvent être prises avec des intentions très louables mais avoir des conséquences désastreuses dans des domaines non envisagés. Par exemple, les ouvrants créés dans les courettes intérieures sous Napoléon III se révèlent être aujourd'hui des moyens de propagation du feu. Les isolations thermiques en laine de mouton ou en paille réalisées en 2008 dans des logiques énergétiques et développement durable apporteront peut-être leurs lots de désagréables surprises. Une cohérence est donc nécessaire entre les diverses réglementations (termites, développement durable, incendie).

3.1. - À court terme

Pour faire baisser rapidement d'au moins 10% le nombre de morts par incendie domestique et nous donner les moyens d'amplifier l'action entreprise, nous préconisons les mesures suivantes :

3.1.1. - Imposer la détection et l'alarme incendie dans les habitations[3]. La différence d'appréciation entre le Sénat (25 janvier 2007) et l'Assemblée nationale (13 octobre 2005) porte sur la responsabilité et le financement de ce moyen concourant à la sécurité. La loi de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004 prévoit dans son article 4 que « toute personne concoure par son comportement à la sécurité civile ». L'occupant doit être le premier acteur responsable de sa sécurité. Il est nécessaire qu'il s'approprie l'objet, qu'il l'achète, l'installe, lise le mode d'emploi et l'entretienne. Il ne faut cependant pas fermer la porte à d'autres systèmes plus sophistiqués permettant la télésurveillance, qui sont proposés et installés actuellement par certains acteurs du marché (assurances et banques, notamment).

3.1.2. - Sensibiliser la population en utilisant les médias aux heures de grande écoute, à l'instar de ce qui a été fait pour l'automobile. Il est indispensable que cette campagne accompagne la loi sur les Daaf.

3.1.3. - Lancer une enquête incendie avec des moyens financiers importants et une volonté politique affirmée.

3.2. - À moyen terme

Pour remédier aux carences graves constatées chez les particuliers et dans les immeubles collectifs neufs et anciens, des mesures concertées peuvent être prises :

3. Cette action pourrait être appuyée par les mutuelles et les compagnies d'assurance. L'intervention d'un responsable de l'AGPM au cours du forum du 10 juin 2008, fortement appuyée par le président de l'atelier, préconisait un rôle d'incitation de la part des mutuelles et des compagnies d'assurance par des allègements de franchises, et/ou des baisses tarifaires en cas d'équipement de Daaf et de détecteurs de monoxyde de carbone.

3.2.1. Fixer des exigences de base pour la sécurité d'une installation électrique à partir de quelques points précis, sans remplacer toute l'installation. Des assureurs ont entrepris cette démarche[4].
Veiller à la mise en œuvre effective du diagnostic sur la sécurité des installations électriques de plus de quinze ans prévues à partir de janvier 2009. Il conviendrait pour ce faire de prendre en compte le document intitulé Guide de mise en sécurité de l'installation électrique, édité par Promotelec et rédigé par l'ensemble des acteurs de la filière (la CSC y a participé) et qui édicte cinq règles de base simples et peu onéreuses à mettre en œuvre afin de sécuriser tout logement ancien.

3.2.2. - Interdire les mousses facilement inflammables pour les rembourrages des matériaux d'ameublement[5]. Une association de consommateurs œuvre déjà dans ce sens.

3.2.3. - Distribuer une feuille de consignes aux locataires lors du renouvellement de bail décrivant les bonnes pratiques de sécurité face au risque d'incendie.

3.2.4. - Réglementer les procédés d'isolation thermique ou phonique par l'extérieur afin de limiter l'augmentation du risque d'incendie.

3.3. - À long terme

Ces mesures nécessitent une volonté politique forte et un travail législatif important :

3.3.1. - Renforcer et rendre obligatoires les recommandations relatives à la sécurité des personnes et à la protection contre l'incendie, applicables aux travaux exécutés dans les bâtiments d'habitation existants, contenues dans la circulaire du 13 décembre 1982. Il faut notamment interdire les lambris, les revêtements combustibles dans les parties communes des immeubles, imposer la création de locaux fermés pour le rangement des poubelles, des landaus et des poussettes.
Des mesures en matière de construction doivent compléter les actuelles recommandations. Il s'agit d'installer un exutoire de fumées et d'encloisonner tous les escaliers des immeubles[6] collectifs dont le plancher bas du dernier niveau est à plus de huit mètres de hauteur, sauf impossibilité technique avérée. Cela doit s'accompagner de la mise en place d'un éclairage de sécurité dans l'escalier. Le remplacement des canalisations de gaz en plomb par des conduites en acier dans les parties communes des immeubles collectifs est souhaitable.

3.3.2. - Imposer un diagnostic pour la sécurité incendie dans les parties communes des immeubles relevant d'une

4. La CSC, appuyée par le Cnafal, précise que le décret n°2008-384 du 22 avril 2008 relatif à l'état de l'installation intérieure d'électricité dans les immeubles à usage d'habitation prévoit la mise en œuvre effective du diagnostic sur la sécurité des installations électriques de plus de quinze ans à partir de janvier 2009. Il convient donc de veiller à la mise en œuvre effective de ce diagnostic. La CSC cite le « Guide de mise en sécurité de l'installation électrique » édité par Promotelec et rédigé par l'ensemble des acteurs de la filière. Ce document édicte cinq règles de base simples et peu onéreuses à mettre en œuvre afin de sécuriser tout logement ancien.
5. La Commission européenne n'a pas autorisé la France à prendre un décret réglementant la fabrication des meubles rembourrés destinés aux particuliers dans le but de limiter leur inflammabilité.
6. Cette proposition a été largement développée par un responsable de la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) au cours du forum du 10 juin 2008, partisan, chaque fois que cela est possible techniquement et financièrement, de mettre en place des systèmes de désenfumage dans des immeubles anciens, tels qu'ils sont maintenant prévus pour les constructions neuves. Un autre intervenant de l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (Anah) a fait état d'une étude réalisée sur cinq cents copropriétés du centre-ville de Chambéry, qui a mis en évidence l'importance d'une mise en conformité incendie des parties communes, ainsi que d'un travail de pédagogie auprès des habitants.

réglementation antérieure à l'arrêté du 31 janvier 1986.

3.3.3. - Étendre les missions des sapeurs-pompiers à des actions de communication dans les écoles, sur les calendriers ou les camions par exemple. Le contrôle de la sécurité incendie dans les habitations pourrait leur être demandé, comme dans certains pays anglo-saxons.

3.3.4. - Imposer des contrôles périodiques des équipements communs de sécurité et rendre obligatoire leur entretien. Une implication de l'Administration est nécessaire pour imposer des contrôles et prévoir des sanctions.

3.3.5. - Favoriser les travaux de mise en sécurité incendie ou l'achat d'extincteurs avec des incitations fiscales ou une aide financière.

Actuellement pour combattre les conséquences mortelles des incendies (« au moins un mort par jour »), on ne se donne pas les mêmes moyens que pour la lutte contre les termites. Informer en mettant des dépliants à la disposition du public, comme on le fait depuis des années, suffit peut-être à se donner bonne conscience, mais n'améliore en rien la situation. Il faut réglementer, former, contrôler et sanctionner si l'on veut être efficace.

Il faut adopter pour l'incendie la même méthode que pour l'automobile : obtenir des chiffres fiables, conduire des campagnes d'information télévisées, préconiser des mesures sur les bâtiments. Mais cela ne suffit pas : des sanctions en cas d'infraction doivent être impérativement instaurées. Les moyens de prévention pour l'automobile ont porté sur l'état du véhicule, sur l'état du conducteur, sur l'alcoolémie, sur la construction des véhicules qui résistent mieux aux crash-tests, sur les contrôles techniques qui permettent de s'assurer que le vieillissement et l'usure du véhicule n'obèrent pas sa faculté à protéger ses occupants et ne constituent pas un danger pour les tiers. Pour tous, l'installation d'un détecteur autonome avertisseur de fumées et des campagnes télévisées permettraient de sensibiliser le public sur les bons comportements à adopter. Pour les bâtiments collectifs anciens, l'encloisonnement des cages d'escaliers et la mise en place d'exutoires de désenfumage en haut des cages sont le meilleur moyen pour la prévention des incendies domestiques.

Il n'y a pas de recette miracle, contrairement à ce que peuvent affirmer certaines personnes ou plusieurs rapports. Une volonté politique affirmée et une succession de mesures fortes sont indispensables pour faire diminuer sensiblement le nombre de morts par incendie domestique. Les mesures préconisées dans ce document constituent une base sérieuse et consensuelle libre de tout esprit partisan.

Composition du groupe de travail

Président
M. Jean-Pierre PETITEAU, *chef du bureau de la réglementation incendie et des risques de la vie courante, Direction de la défense et de la sécurité civiles (DDSC)*

Rapporteur
Lieutenant-colonel Alex MAIRE, *lieutenant-colonel au bureau prévention de la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP)*

Personnes auditionnées
M. Claude BARBIER, *Fédération française du bâtiment (FFB) et Groupement des installateurs et mainteneurs de systèmes de sécurité incendie (Gimssi)*

M. Christophe BURBAUD, *Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF), directeur adjoint du Service départemental d'Incendie et de secours de Charente-Maritime (SDIS17)*

M. Franck FAUGÈRE, *Comité de liaison des organismes de prévention et de sécurité incendie (Clopsi)*

M. Jean-Michel GARE,*ingénieur et enquêteur du Laboratoire central de la préfecture de police (LCPP)*

M. Jean-Paul HENRY, *Clopsi*

M. Thomas HENRY, *Calyxis*

M. Jacky HUOT, *conseiller technique de la DDSC*

Mme Christiane LE GOFF, *direction technique du groupe Antin et Arcade*

Mme Jihane LOUDIYI, *ingénieur à la direction générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction (DGUHC)*

Mme Dominique RITZENTHALER, *ingénieur à la DGUHC*

M. Alain ROCHER, *contrôleur des habitations à la BSPP*

Mme Françoise THIÉBAULT, *Conseil national des associations familiales laïques (Cnafal)*

M. Georges THILL, *FNSPF et Service départemental d'incendie et de secours du Haut-Rhin (SDIS68)*

M. François TROCMÉ, *Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) et AXA*

Ont egalement contribué, au cours du forum :
M. Bertrand MERCADIER, *Association générale de prévoyance militaire (AGPM)*

Mme Chantal RENAUD, *Tortue concept*

M Nicolas JANERET, *Anah*

Présidente
Mme Maryvonne LYAZID

Rapporteur
Mme Florence WEILL

La prévention des chutes au domicile des personnes âgées

1.État des lieux

1.1. - Quelques données chiffrées

Tous les ans, 9 300 personnes de plus de soixante-cinq ans décèdent des suites d'une chute. Deux tiers sont des femmes, d'après les données d'épidémiologie de l'Institut de veille sanitaire (InVS), qui estime à environ 450 000 par an le nombre de chutes des sujets âgés. Les accidents de la vie courante provoquent 3,5 fois plus de décès que les accidents de la route avec dommages corporels. Chez les plus de soixante-cinq ans, les chutes constituent plus de 80% des accidents de la vie courante. Un tiers des plus de soixante-cinq ans et la moitié des plus de quatre-vingt-cinq ans font au moins une chute par an, qui survient principalement à leur domicile (62%). Même en l'absence de traumatisme immédiat, l'incapacité de se relever est de mauvais pronostic, puisque les complications métaboliques liées à un séjour au sol prolongé au-delà d'une heure multiplient par cinq la mortalité dans les six mois (étude prospective Chutadom, hôpital Cochin, Paris).

Selon les données du Baromètre santé 2005 réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), près d'une personne âgée de soixante-cinq à soixante-quinze ans sur quatre (23,8%) a indiqué qu'elle avait chuté dans les douze mois écoulés. Parmi ces chuteurs, 27,2% déclarent avoir consulté un médecin après leur chute.

La population âgée augmente dans de fortes proportions. En effet, la France va connaître jusqu'à 2050 une profonde mutation de la structure de sa population par l'allongement de la durée de vie. Selon les projections démographiques de l'Insee, la part des personnes âgées de soixante-quinze ans et plus dans la population totale va continuer de croître (8% aujourd'hui) pour atteindre 9,1% de la population totale en 2020, soit environ six millions de personnes. Cette proportion passera à 16,6% de la population en 2050. Deux Français sur dix ont actuellement plus de 60 ans. Cette proportion va passer à trois sur dix en 2025.

Ces perspectives démographiques constituent un véritable défi de santé publique si, corrélativement, le nombre de chutes augmente dans des proportions en rapport avec la population gériatrique actuelle. Outre des conséquences sociales et humaines importantes (isolement, perte de confiance…), le coût pour la collectivité est élevé. En 2003, une étude britannique estimait à 981 millions de livres (1,4 milliard d'euros) le coût lié aux conséquences des chutes (Scuffham et al., J. Epidemiol. Community Health, 2003). En France, une estimation du coût médical s'élèverait à 1,34 milliard d'euros. Ce chiffre devrait s'accroître considérablement du fait de l'évolution démographique, avec l'augmentation programmée de la population gériatrique.

1.2. - Quels engagements publics en faveur de la prévention des chutes ?

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a défini des objectifs nationaux de santé publique exprimés en résultats sur l'état de santé de la population. Elle a notamment fixé comme résultat à atteindre à l'horizon 2008 une diminution de 25% du nombre de personnes de plus de soixante-cinq ans ayant fait une chute dans l'année.

Le plan national Bien Vieillir 2007-2009 a pour ambition de favoriser un vieillissement réussi, tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en valorisant la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. L'axe 4 comporte une mesure spécifique sur

les accidents de la vie courante et le travail sur l'équilibre, confiée à l'Inpes. Outre cette action nationale, le plan Bien Vieillir se traduit également par des appels à projets annuels, financés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et répondant à plusieurs objectifs concomitants (prévention des maladies et des situations pouvant induire une perte d'autonomie, promotion de la nutrition et de l'activité physique, aménagement d'un environnement individuel, développement d'actions intergénérationnelles).

La Haute Autorité de santé (HAS) a émis le 23 février 2006 des recommandations professionnelles sur la prévention des chutes accidentelles des personnes âgées qui préconisent un repérage systématique de la personne à risque, ainsi qu'une évaluation puis une intervention adaptée aux situations individuelles.

Malgré ces orientations officielles, et en dépit, en particulier, de nombreuses actions de prévention menées sur le terrain, la population gériatrique est toujours victime d'un nombre trop élevé de chutes. Cette situation appelle quelques orientations novatrices qui sont exposées dans les préconisations suivantes, résultat d'une réflexion commune aux acteurs essentiels de la prévention, réunis dans le cadre de cet atelier.

2.Enjeux

La réduction de ces accidents de la vie courante répond à un double objectif : de santé publique pour la population vieillissante, mais également de prévention de la perte d'autonomie ou de son aggravation.

Certes, prévenir les chutes permet de maintenir l'ensemble d'une population qui prend de l'âge en bonne santé. Cet objectif de santé publique se distingue toutefois d'un second enjeu qui vise à prévenir une diminution de la capacité et de l'autonomie du sujet âgé.

Les actions menées par l'ensemble des partenaires en réponse à ce premier objectif de vieillissement en bonne santé sont nombreuses, et leur efficience doit être confirmée par le constat d'une diminution du nombre de chutes comme indicateur principal de résultat.

Cependant, dans le cadre d'une action plus délibérée de la prévention de la perte d'autonomie, certains aspects de ces mesures de prévention doivent être prises en compte dans les politiques gérontologiques mises en œuvre par les responsables départementaux de l'action sanitaire et sociale.

3.Recommandations

3.1. - Développer l'analyse multifactorielle

L'origine multifactorielle du risque de chute est établie. On distingue, d'une part, les facteurs intrinsèques liés au vieillissement (mobilité réduite, antécédents de chutes, troubles locomoteurs et neuromusculaires, réduction de l'acuité visuelle), à un état pathologique (neurologique, cardiologique) ou à la prise de médicaments (plus de quatre médicaments) et, d'autre part, les facteurs extrinsèques liés à l'environnement matériel (inadaptation du logement), au comportement (malnutrition, consommation d'alcool) et à l'environnement sociofamilial (isolement, absence de soutien informel).

Dans une démarche de prévention, l'analyse multifactorielle du risque de chute s'accompagne d'une intervention pluridisciplinaire. Concrètement, une équipe de professionnels du secteur sanitaire et social (médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux...) évalue les facteurs de risques de chute de la personne âgée en analysant son état de santé et son environnement domiciliaire, et propose un plan d'intervention multidisciplinaire qui peut comporter plusieurs propositions de réponse, tels qu'une consultation ORL ou ophtalmologique, la participation à des ateliers « équilibre », un aménagement pour sécuriser le domicile du sujet âgé…

3.1.1. - Objectif : Promouvoir l'analyse multifactorielle auprès des personnes repérées à risques de chute

Afin de pouvoir repérer le plus grand nombre de chuteurs potentiels, il conviendrait d'obtenir une labellisation du double processus d'évaluation multifactorielle et d'intervention pluridisciplinaire. Réalisée par une équipe hospitalière ou non, une telle procédure ainsi labellisée par les autorités compétentes présenterait toutes les garanties d'exhaustivité et de rigueur, puisqu'elle serait effectuée à partir d'un cahier des charges validé décrivant les dispositifs à mettre en place par l'ensemble des professionnels impliqués dans cette évaluation individualisée du senior présentant un risque de chute. Plusieurs initiatives pourraient prétendre à cette labellisation, qui n'a pas encore été expérimentée pour une démarche associant des professionnels du secteur sanitaire et social. Les procédures susceptibles d'une telle validation seront décrites ultérieurement.

3.1.2. - Quels moyens mettre en œuvre ?

Afin de généraliser l'évaluation globale qui prioritairement doit être effectuée au domicile des seniors, il est proposé que cette analyse multidimensionnelle soit entre autres intégrée dans les dispositifs gérontologiques et relatifs au handicap, mis en œuvre par les équipes médicosociales des départements lors de l'évaluation des aînés, préalable à l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Cette analyse multifactorielle du risque de chute peut prendre la forme, lorsque cela s'avère nécessaire, d'une intervention des équipes des réseaux gérontologiques ou des équipes hospitalières labellisées au domicile de la personne. Son coût devrait pouvoir être forfaitisé et représenter une majoration non récurrente de l'APA pour les personnes relevant des GIR 1 à 4. La grille nationale Aggir (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources) permet de classer les personnes de plus de soixante ans dans six catégories distinctes, des plus (GIR1) aux moins dépendantes (GIR6) selon leur degré d'autonomie. Le Guide d'évaluation multidimensionnelle (Geva) pour les équipes pluridisciplinaires des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), à partir duquel un plan personnalisé de compensation du handicap est établi, pourrait aussi s'articuler avec un outil d'alerte adapté au risque de chute car il comporte déjà quelques indicateurs.

À côté de ce repérage, parmi les personnes de GIR5 et 6, des initiatives pour repérer les personnes âgées présentant un risque de chute mais ne prétendant pas à l'APA ou à la PCH devraient être développées en associant le milieu sanitaire (médecins traitants, paramédicaux, hôpitaux…), des assurances, mutualiste et associatif (loisirs sportifs, socioculturels, éducation pour la santé). Il pourra s'agir d'un repérage lors d'une hospitalisation, lors d'un bilan de santé, lors d'une inscription à une activité sportive, dans un atelier de promotion de la santé proposé par les Caisses d'assurance-maladie ou les mutuelles. Ces initiatives devront être particulièrement attentives à réduire les inégalités sociales de santé, notamment pour ce qui concerne les personnes isolées socialement et géographiquement.

3.2. - Mobiliser les aidants et les professionnels agissant dans la proximité

Afin de pouvoir intervenir le plus en amont possible dans la prévention, les services d'aide à domicile sont apparus comme des acteurs essentiels qui pourraient être appelés à repérer les personnes susceptibles de présenter des facteurs de risques de chute, puisque ces professionnels sont au contact quotidien de la population en perte d'autonomie, qui souvent doit faire appel à ces aidants pour accomplir les gestes de la vie quotidienne. Les réseaux qu'ils ont mis en place constituent un maillage essentiel auquel une place prépondérante doit être reconnue dans une véritable politique de prévention, en particulier du fait de leur forte implantation sur l'ensemble du territoire, mais aussi de leur rôle majeur en tant qu'ils assurent parfois le seul lien entre la personne âgée et le monde extérieur. Les services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile sont estimés à 400 000 personnes pour répondre aux besoins de la population à l'horizon 2015. Cette demande devrait augmenter avec l'accroissement de la population âgée. Ces perspectives devraient constituer une vraie opportunité pour faire évoluer ces professionnels de terrain qui pourraient jouer un rôle essentiel de prévention.

3.2.1. – Objectif : sensibiliser et former les professionnels de la proximité

En tout premier lieu, une action de sensibilisation à la prévention des services d'aide, mais également de l'entourage familial et de la personne âgée elle-même, devrait être entreprise afin de parvenir à une véritable prise de conscience de la nécessité de ne pas sous-estimer le risque de chute qui n'est jamais anodin, parce qu'il touche précisément une population fragilisée.

Si les acteurs de terrain, aidants familiaux, services de soins et d'accompagnement à domicile étaient conduits à exercer un rôle d'alerte, il conviendrait de les former, afin qu'ils puissent utiliser des outils de repérage simples d'utilisation. Sans attribuer aux acteurs de terrain une responsabilité qu'ils ne pourraient exercer, il pourrait leur être confiée une mission de vigilance dont ils rendraient compte à leurs responsables qui apprécieraient les suites qui devraient être réservées à l'alerte repérée, notamment en mettant en place une analyse multifactorielle. Cette orientation appelle également une amélioration des compétences de ces professionnels de la proximité.

À noter que lorsque les réseaux d'aides à domicile mettent en place des programmes d'aide, leurs représentants procèdent à une première analyse du degré d'autonomie des demandeurs qui prend notamment en compte des données d'ergothérapie.

3.2.2. - Quels moyens mettre en œuvre, quels acteurs impliquer ?

Les outils : en tout premier lieu, il conviendrait de doter les professionnels de proximité d'un outil d'identification des personnes âgées susceptibles de décrire les facteurs

de risque. L'élaboration de cet outil pourrait s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques publiées par la HAS et l'Inpes. Ces recommandations préconisent un repérage fondé sur la recherche d'une chute antérieure associée à quelques tests simples : Timed Up-and-Go test (se lever et faire quelques pas, chronométré), test unipodal (tenir en équilibre sur une jambe), questions durant la marche.

En tout état de cause, cette démarche de repérage devrait être validée dans le contexte français au moyen d'études spécifiques et auprès des différents intervenants professionnels concernés. Cette stratégie de prévention qui s'appuie en tout premier lieu sur une mobilisation des travailleurs sociaux et des personnes travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie devrait s'inscrire dans une démarche globale de valorisation et de professionnalisation des services d'aide à domicile.

Les acteurs : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est impliquée puisqu'elle a pour mission de contribuer à la formation des intervenants à domicile. Elle favorise la mise en place de conventions départementales avec les directions départementales de l'Action sanitaire et sociale (Ddass) et les conseils généraux, en lien avec les services d'aide à domicile, afin de définir une politique structurée de modernisation et de professionnalisation du secteur. Les acteurs départementaux déterminent leurs priorités de formation, et le thème de la prévention des chutes des personnes âgées au domicile pourrait figurer parmi les objectifs de formation.

Pour sa part, dans le cadre de la présentation des plans métiers au service des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, la secrétaire d'État chargée de la Solidarité souhaite contractualiser avec trois régions pilotes et leurs partenaires pour l'installation d'un observatoire des besoins en formation des personnels de l'aide à domicile. Par ailleurs, des conventions nationales d'objectifs sont élaborées avec les principaux réseaux de l'aide à domicile afin d'accélérer la modernisation des services, la formation et la professionnalisation des personnels. Deux conventions ont d'ores et déjà été signées avec l'Adessa et l'UNA.

Dans ce contexte, il conviendrait de sensibiliser l'ensemble de ces intervenants à la nécessité d'intégrer à cette professionnalisation des métiers du domicile, une véritable démarche de prévention des accidents de la vie courante, et en particulier des chutes des aînés. Conformément aux orientations dégagées dans la présentation des plans régionaux des métiers qui privilégient les expérimentations, des formations nouvelles qualifiantes répondant à cet objectif pourraient être expérimentées dans les régions.

3.3. – Favoriser l'adaptation du logement

Selon les données de l'InVS, lorsqu'un élément extérieur a pu être identifié comme étant à l'origine de la chute (72% des cas), il s'agissait le plus souvent du revêtement du sol (34%), d'escaliers (8%) ou d'un lit (6%). Les facteurs extrinsèques de risques de chutes ne doivent pas être sous-estimés, puisqu'il est établi qu'ils représentent entre 30 et 50% des cas.

Ils se manifestent par des seuils mal signalés, des revêtements de sol glissants, la présence inappropriée de tapis, un éclairage insuffisant, un encombrement inadapté, l'absence de points d'appui. Dans de nombreux cas, pour prévenir une chute et empêcher une éventuelle récidive, une sécurisation du domicile est nécessaire.

Si parfois de simples mesures de bon sens suffisent à rendre le logement plus sûr, dans la plupart des cas, par la complexité des démarches à entreprendre et compte tenu du coût des travaux qu'il convient parfois de conduire, il est nécessaire d'accompagner les seniors dans ces projets d'aménagements de leur logement.

3.3.1. – Objectif : faciliter la prise en charge des aménagements au domicile

Certains dispositifs ont apporté la preuve de leur efficacité, et il convient de les encourager. Ainsi, les modalités de l'article 1 391C du code général des impôts concernant la taxe foncière sur les propriétés bâties, qui permettent aux bailleurs sociaux de déduire de la taxe foncière les dépenses réalisées pour l'accessibilité et l'adaptation des logements aux personnes en situation de handicap, sont particulièrement pertinentes.

L'Agence nationale de l'habitat (Anah), pour sa part, accompagne la perte d'autonomie en contribuant au financement des travaux d'adaptation, incitant les propriétaires bailleurs à réaliser des travaux pour permettre le maintien à domicile des locataires et propriétaires occupants. En pratique, l'Anah subventionne à hauteur de 70% dans la limite de 8 000 € HT par logement les propriétaires occupants qui réalisent des travaux d'adaptation, sous condition de ressources, et les propriétaires bailleurs ou les locataires, sans condition de ressources.

Le nombre de logements ainsi subventionnés est en constante progression. En 2007, au total, ce sont près de 30 000 logements qui ont pu être adaptés pour des subventions d'un montant total de 85 millions d'euros, étant entendu qu'un programme exceptionnel avait reconnu en 2007 le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées en tant que priorité d'actions de l'Anah.

Les caisses de retraite complémentaires, dans le cadre de leur action sociale, contribuent, elles aussi, à l'aide coordonnée à l'amélioration de l'habitat et versent des aides d'un montant maximum de 578 €, sous conditions de ressources, qui complètent celles que peut verser la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (Cnav) qui s'élèvent au mieux à 1 921 €

Les opérateurs de l'habitat tels que la Fédération nationale des centres Pact Arim pour l'amélioration de l'habitat, ci-après dénommée les Pact Arim ou Habitat et Développement, constituent des interlocuteurs pour les personnes âgées qui procèdent, pour leur compte, à des formalités en vue de l'adaptation de leur domicile. En particulier les Pact Arim, présents dans 95 départements, qui réalisent plus de trente mille interventions par an, procèdent à des expertises techniques au domicile, au diagnostic des travaux à prévoir, à l'établissement d'un devis et d'un plan de financement prévisionnel, à l'assistance au maître d'ouvrage.

D'importants acteurs institutionnels de la prévention ont signé des conventions nationales avec les Pact Arim, leur confiant l'établissement du diagnostic des travaux à effectuer lorsqu'ils sont sollicités afin de contribuer à leur financement. C'est le cas des mutuelles telles que la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, les organismes de retraite complémentaire, mais aussi la SNCF et la RATP.

Enfin, des actions de sensibilisation et de formation à l'adaptation du logement à la dépendance sont engagées depuis plusieurs années par les confédérations professionnelles du bâtiment (artisans et TPME). Elles se sont notamment traduites par l'adoption de conventions départementales avec les chambres des métiers, reconnaissant le professionnalisme d'entreprises du secteur du bâtiment sur ce marché spécifique.

3.3.2. - Quelles améliorations possibles ?

Les experts du secteur de l'habitat s'accordent pour reconnaître que l'aménagement de l'habitat dans un projet de prévention primaire (en l'absence de toute chute initiale, alors que la prévention secondaire vise à éviter une récidive) suscite des réticences des seniors, s'il est présenté comme répondant au seul objectif de sécurisation du domicile. Afin d'obtenir l'adhésion de cette population, il est recommandé de proposer des projets d'adaptation en tant qu'ils répondent à une démarche globale de modernisation du logement,

incluant des objectifs d'assainissement le cas échéant, d'esthétisme, de recherche de design, ou de fonctionnalité.
Les solutions qui permettent de répondre à un logement inadapté existent en France. Cependant, force est de constater que les dispositifs d'aide à l'adaptation du logement ne sont pas suffisamment connus, non seulement des personnes âgées elles-mêmes, mais également des acteurs de la prévention. En particulier, les difficultés liées à l'aménagement du domicile rendu indispensable dès la sortie d'hôpital mériteraient d'être prises en compte dans une démarche globale de prévention. Une telle approche devrait permettre de réaliser une expertise rapide du domicile, de diffuser de l'information sur les aménagements possibles et les financements disponibles, d'établir un projet de financement a priori.
Dans cette perspective, il est nécessaire de mobiliser conjointement les acteurs de l'habitat, du secteur sanitaire et médicosocial. Des synergies entre l'ensemble de ces partenaires impliqués par de tels projets de sécurisation du domicile devraient être mises en place. Des conventions de partenariat entre les opérateurs de l'habitat et les hôpitaux, en particulier, pourraient ainsi utilement être signées.
Enfin, il conviendrait de disposer de lieux de mise en cohérence des actions possibles dans les départements afin que l'information soit rendue disponible pour pouvoir instruire des dossiers de demande d'aide à l'adaptation du logement, qui souvent présentent un caractère d'urgence lorsqu'il convient de mettre en place des solutions répondant à des retours d'hôpital.

3.4. - Valoriser les programmes de prévention

Sur le terrain, les interventions menées par les acteurs institutionnels destinées à diminuer le nombre de chutes des aînés sont nombreuses (caisses de sécurité sociale, mutualité, instances des régimes de retraite complémentaire, réseaux de services à domicile, fédérations sportives). Des initiatives émergentes ont également été remarquées (CHU, site Internet). Sans prétendre à l'exhaustivité, certains programmes méritent d'être présentés en ce qu'ils ont été mis en place pour répondre spécifiquement à cet enjeu de santé publique et de prévention de perte d'autonomie.

3.4.1. - Un état des lieux des dispositifs d'intervention
Les programmes de prévention suivants peuvent être cités :

- La CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) cofinance des actions entrant dans les orientations du plan national Bien Vieillir, à partir d'appels à projets annuels. L'objectif de ces actions est d'inciter les seniors à adopter des attitudes positives pour un vieillissement en bonne santé, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de vie en prévenant l'apparition ou l'aggravation des incapacités fonctionnelles, la perte d'autonomie et le risque de désocialisation. Les actions proposées doivent en particulier répondre à deux objectifs, parmi lesquels la prévention des maladies chroniques ; la promotion de la nutrition et de l'activité physique ; l'aménagement d'un environnement individuel et collectif adapté aux besoins de cette population ; et le développement d'actions de promotion du lien entre générations. La prévention des chutes représente la moitié des actions financées qui se traduisent essentiellement par la mise en place d'ateliers équilibre et de programmes de développement de l'activité physique adaptée aux seniors.
- La CNAMTS (Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés) a mis en place un programme national expérimental, Préservation de l'autonomie des personnes âgées (Papa) cofinancé par la Cnam et la Cnav, qui comporte quatre thématiques, dont la préservation de l'autonomie et la lutte contre les accidents de la vie domestique. Il est mis en œuvre par

appels à projets. La prévention des chutes des personnes âgées a donné lieu en 2006 à 91 actions réparties sur 16 régions, rapportées à un total de 280 initiatives recensées sur le territoire national. Pour l'essentiel, ce sont des ateliers équilibre qui répondent à cet objectif de prévention à l'attention des plus de soixante ans.

• Le CeTAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé) a effectué trois études de 2006 à 2008 sur la prévention des chutes de sujets âgés. L'une d'entre elles, prospective, a pour objectif de repérer les seniors potentiellement chuteurs, dans la perspective de généraliser un plan national de prévention à partir d'une meilleure identification des sujets âgés à risque. Ces études sont réalisées à partir des données recueillies par les centres de santé qui ne s'adressent toutefois qu'à 1% de la population (situation de précarité, public en dehors du parcours de soin habituel).

• Les institutions de retraite complémentaire disposent de centres de prévention qui développent une approche globale médicopsychosociale en amont de la perte d'autonomie des personnes retraitées. Cette démarche permet une identification précoce des facteurs de risque de vieillissement. Un bilan de prévention est effectué par un gériatre et un psychologue clinicien, qui donne lieu à des préconisations sous forme de conseils et d'accompagnements à la mise en place de solutions personnalisées. Lors de cet entretien médical, une évaluation de l'équilibre est effectuée par le gériatre afin d'identifier les facteurs de risques de chute et une ordonnance de prévention est remise au senior.

• La mutualité française, représentée par un réseau de professionnels présents dans 22 régions, développe des programmes autour du bien vieillir et du maintien de l'autonomie, prenant en compte au plus tôt les besoins et les nouveaux comportements des personnes âgées. Ces programmes privilégient également une approche globale du vieillissement, incluant la prévention des chutes, en axant leurs actions sur l'équilibre, la mémoire, les troubles sensoriels, le bon usage du médicament. Ils sont mis en œuvre en partenariat avec les institutionnels (caisses régionales d'assurance-maladie, collectivités territoriales…) et les associations présentes au niveau local.

• La CCMSA (Caisse centrale de la mutualité sociale agricole) intervient pour prévenir les chutes des personnes âgées. Elle a mis en place des ateliers du bien vieillir qui ont pour objectif de faire acquérir à ce public des connaissances et des compétences pour prévenir les troubles et les maladies liés au vieillissement. L'un d'entre eux porte sur les cinq sens et l'équilibre (4 200 participants en 2007). Le dispositif Bien Vivre à domicile permet l'adoption d'un plan d'accompagnement personnalisé élaboré après une évaluation globale du senior, qui permet de préserver son autonomie. Il comporte notamment une aide à l'aménagement du logement.

• L'UNA (Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles) mène des expérimentations de prévention des chutes à travers son réseau par des actions d'information, d'éducation sur l'hygiène de vie, d'aménagement de l'habitat, de stimulation des capacités physiques. Des projets d'aides aux aidants familiaux dont les thématiques impactent directement sur la prévention des chutes sont proposés par les associations d'aide à domicile.

• La Fédération française EPMM Sports pour tous, en partenariat avec l'Institut national de santé publique du Québec, a introduit en France en 2005 le Programme intégré d'équilibre dynamique (Pied). Ce programme multifactoriel non personnalisé de prévention des chutes répond aux recommandations de sélection des personnes cibles du référentiel de bonnes pratiques de l'Inpes (test accompagné d'un questionnaire). Il comprend des exercices physiques en groupe, des ateliers de prévention sur les principaux facteurs de risques, et des exercices physiques d'entretien à domicile. Des tests d'évaluation validés sont réalisés à la

première séance et à la vingt-quatrième et dernière séance, afin d'apprécier l'évolution de l'équilibre. Depuis 2005, plus de 7 000 seniors (niveau GIR5 et 6) ont suivi ce programme qui bénéficie, entre autres, d'aides financières des collectivités territoriales, des Cram et de la CNSA. Ce programme a été validé scientifiquement et a montré des effets positifs sur l'équilibre et la diminution des chutes.

• Des consultations multidisciplinaires en CHU

Au CHU de Lille, chaque consultant est examiné successivement par un gériatre, un neurologue et un rééducateur fonctionnel. Les facteurs de risque sont repérés puis, par l'intermédiaire du médecin traitant, chaque personne se voit proposer des exercices de kinésithérapie, des aménagements à domicile et éventuellement une modification de son traitement médicamenteux. À Montpellier, l'assurance-maladie, le CHU et la faculté des sciences du sport ont mis au point un module de formation des personnes âgées à la prévention de la perte d'autonomie et aux risques de chute : vingt-quatre séances d'une heure et demie étalées sur trois mois, associant activité physique et éducation à la santé, animées par des enseignants en activités physiques adaptées.

• Des consultations multidisciplinaires à domicile

Le CHU de Poitiers (équipe du professeur Gilles Kemoun) a élaboré le projet Prévention à domicile des chutes de la personne âgée (Padchute), d'évaluation multifactorielle du risque de chute, associé à une intervention pluridisciplinaire. L'évaluation qui est effectuée au domicile du sujet relevant principalement des GIR5 et 6 permet de prendre en compte l'ensemble des facteurs de risque à partir d'un questionnaire exhaustif, d'une évaluation technologique de la posture et de la marche, et d'un examen domiciliaire. Cette analyse globale donne lieu à l'élaboration d'un rapport comportant des préconisations d'intervention (ORL, activités physiques, aménagements de l'habitat) remis au prescripteur de l'évaluation du chuteur. Un suivi de la mise en place des propositions de réponses est effectué six mois, puis douze mois après le bilan initial.

• Le premier site internet européen sur la prévention des chutes, www.protec-chute.com, a été lancé le 12 mars 2008, élaboré par une équipe coordonnée par le Dr Frédéric Bloch, gériatre à l'hôpital Broca à Paris et piloté par un conseil scientifique de spécialistes. Ce site d'information et de conseil a été conçu pour les personnes âgées, leurs familles et leurs aidants, ainsi que pour les médecins et les professionnels du secteur sanitaire et social, qui y trouveront nombre d'informations utiles pour leur pratique quotidienne.

3.4.2. - Quelles préconisations vers une valorisation de l'ensemble de ces dispositifs ?

Sur un plan général, il convient de se féliciter de ces nombreux programmes d'actions qui doivent être maintenus et encouragés. Toutefois, la multitude des initiatives qui répondent à un objectif de prévention des chutes des aînés, tout comme le nombre des partenaires impliqués dans leur financement, appellent une mise en cohérence de l'ensemble de ces démarches. À cet effet, des passerelles entre tous ces intervenants, qui ne sont pas toujours informés réciproquement des projets mis en œuvre au plan local, devraient être instituées puisque l'ensemble de ces actions répond à un objectif commun de prévention.

Cette dissémination des projets génère une hétérogénéité des réponses au plan local, toutefois inhérente à l'organisation décentralisée de l'offre de prévention, liée à la mise en œuvre des Groupements régionaux de santé publique (GRSP) qui établissent leurs propres priorités.

L'étude et la sélection des projets sont réalisées par les Drass dans le cadre d'un comité de sélection associant les principaux acteurs du champ. Les dossiers pouvant manquer de méthode, un guide méthodologique d'accompagnement des porteurs de projets répondant à des appels à financement et d'aide à l'examen des

propositions soumissionnaires est apparu nécessaire. À cet effet, des éléments permettant de procéder à une évaluation de l'efficacité et de la pertinence des projets financés par les différents contributeurs devraient être rendus disponibles, voire systématisés. Plus généralement, les acteurs nationaux de la prévention pourraient être mieux informés des initiatives mises en place au plan local. Dans ce contexte, un outil de suivi des actions de terrain pourrait utilement comporter des macroindicateurs sur le repérage des bénéficiaires, leur typologie, l'évaluation des projets. En définitive, les interventions relevant des secteurs sanitaire, social, sportif, associatif, hospitalier sont trop cloisonnées et il en résulte une perte d'efficacité des solutions mises en place pour prévenir les chutes. En particulier, la pertinence d'associer le milieu associatif et les réseaux de santé publique devrait conduire à développer des synergies entre ces intervenants pour pouvoir optimiser une réponse de prévention basée sur une amélioration de l'équilibre, qui est considérée comme essentielle pour diminuer le nombre de chutes et prévenir leurs récidives. Des maillages institutionnels entre l'ensemble de ces partenaires devraient donc être mis en place, notamment par l'adoption de conventions de partenariats, pour pérenniser ce type d'approche.

3.5. – Optimiser les outils de communication

La population des personnes âgées, leur entourage et l'ensemble des professionnels des réseaux gériatriques ne sont pas assez informés des facteurs de risque et de l'ampleur de cet accident de la vie courante, qui ne doit en aucun cas être perçu comme banal et inévitable. Les moyens de le prévenir existent. Ils sont nombreux et ont apporté la preuve de leur efficacité. Cependant, ils doivent être mieux connus du grand public et des filières professionnelles et associatives impliquées.

L'Inpes a réalisé depuis plus d'une dizaine d'années des campagnes de prévention des chutes du sujet âgé et diffuse de la documentation pour les seniors et leur entourage. Il mène sur cette thématique des études exploratoires et des évaluations. Celles réalisées sur la dernière campagne, La Santé à tout âge, indiquent que l'impact de ces campagnes pourrait être amélioré, même si ces outils de communication ont été appréciés. Les professionnels du secteur sanitaire et social souhaitant développer des programmes de prévention des chutes auprès des aînés, disposent d'outils, dont le référentiel de bonnes pratiques de prévention des chutes au domicile des personnes âgées, élaboré depuis septembre 2005 par l'Inpes. L'Anah a élaboré des guides et fiches pratiques qui comportent des informations indispensables sur les possibilités d'aménagement du logement. Le guide Vieillir et Bien Vivre chez soi décrit les modalités de réalisation de travaux d'amélioration et d'adaptation du logement. Des fiches pratiques traitent spécifiquement des travaux d'adaptation du logement pour les personnes âgées, et des dispositifs existants pour diminuer les causes de chute. Ces documents sont diffusés en particulier par les délégations départementales de l'Anah qui instruisent les demandes de subventions pour les aménagements domiciliaires. Les recommandations de la Haute Autorité de santé sur la prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée comportent de précieuses préconisations destinées à être appliquées par tous les professionnels concernés par la prise en charge de ce problème de santé publique. Plus généralement, un certain nombre de manifestations grand public et de salons professionnels diffusent de l'information de prévention élaborée par tous les acteurs concernés, dont ceux relevant du secteur associatif et du secteur de l'habitat.

3.5.1. - Quelles recommandations vers une meilleure utilisation de ces outils ?

En tout premier lieu, il conviendrait de susciter une véritable prise de conscience du grand public, face au

risque encouru par la population âgée de chuter à domicile. Les données de l'InVS, qui estiment à plus de 400 000 le nombre de chutes annuelles de nos aînés (chiffre qui sous-estime sans doute la réalité de l'accidentologie), autorisent à considérer cet accident comme un véritable fléau dont l'ensemble de la population doit impérativement prendre la mesure. Dans ce contexte, non seulement il conviendrait d'optimiser la communication à destination du grand public et des professionnels de la prévention, en assurant une meilleure cohérence des campagnes de communication, mais il est apparu souhaitable de poursuivre et de renforcer les campagnes de communication d'envergure nationale afin de sensibiliser le grand public.

Les outils de prévention à destination des professionnels devraient être mieux appropriés par les acteurs de terrain. À cet effet, les Centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (Clic) ainsi que les MDPH, institués à l'échelon départemental pour constituer un guichet unique pour les personnes âgées et handicapées, sont des instances de coordination de proximité qui pourraient être particulièrement sensibilisés et jouer un rôle d'information des aînés sur la nécessité de cette action de santé publique et de préservation de la perte d'autonomie.

3.6. – Renforcer les partenariats

Les orientations dégagées ci-dessus, qui constituent un dispositif d'actions cohérent et structuré appellent une mobilisation d'un ensemble de partenaires de la prévention dont les interventions sont complémentaires les unes des autres. La mise en œuvre de ce dispositif implique l'adoption de partenariats qui doivent intervenir à tous les niveaux. Non seulement les départements sont impliqués dans la démarche préconisée, mais au plan national, un plan de prévention devrait être adopté. Ces propositions s'inscrivent dans un contexte européen en se conformant aux orientations de la Commission européenne et plus largement au plan international, elles répondent au projet Villes-Santé de l'OMS.

3.6.1. - Au niveau départemental : le conseil général, chef de file des actions de prévention à destination de la population gériatrique

Les lois du 7 janvier, du 22 juillet et du 29 décembre 1983 ont posé les principes fondamentaux du transfert de l'action sociale légale aux départements. Elles ont déterminé les financements de ce transfert. Le département constitue donc le territoire pertinent qui est chargé de définir et de mettre en œuvre la politique d'action sociale. Il coordonne les actions menées à cet effet sur ce territoire.

Le traitement social de la problématique « personnes âgées et dépendance » relève de ses attributions, en vertu de ses compétences en matière sociale et médicosociale, et il est tenu d'adopter des schémas gérontologiques départementaux. Ces plans d'action quinquennaux sont élaborés sous l'impulsion du conseil général, après concertation avec l'ensemble des partenaires de la prévention (élus locaux, services de l'État, caisses d'assurance-maladie, de prévoyance et mutuelles, établissements, acteurs sanitaires et sociaux, secteur associatif). Documents d'orientation et de planification, ils déterminent les priorités d'actions pour les cinq ans à venir. Le conseil général dispose ainsi d'une compétence incontestable dans le domaine gérontologique, qu'il exerce pleinement, notamment en s'appuyant sur les Clic qu'il gère, organise et finance.

Responsable de la définition de la politique gérontologique dans le département, territoire pertinent de l'action, il conviendrait que le conseil général inscrive la prévention des chutes des personnes âgées parmi les priorités des mesures à mettre en place. Afin de répondre à ce problème majeur de santé publique et pour préserver l'autonomie de la population gériatrique, la prévention des chutes devrait figurer parmi les

objectifs à atteindre tels que décrits dans les schémas gérontologiques départementaux.
Dans cette perspective, il pourrait être envisagé que le conseil général développe, au moyen de conventions départementales, des partenariats forts et dynamiques avec les filières concernées, sans oublier l'important tissu associatif. Les initiatives, décrites dans le présent rapport (ateliers équilibre, promotion des activités sportives et de la nutrition, évaluations gérontologiques, adaptations domiciliaires...), organisées et mises en place par de multiples intervenants, pourraient ainsi être coordonnées par le conseil général.
Une meilleure mise en cohérence des dispositifs existants et la promotion d'une meilleure qualification des personnels agissant dans la proximité des personnes âgées devraient être impulsées par les conseils généraux qui, en définitive, devraient promouvoir une mise en réseau de l'ensemble des partenaires de la prévention à destination de cette population fragilisée. L'une des voies possibles serait le développement des partenariats qui, à l'échelon départemental, ont apporté la preuve de leur efficacité.

3.6.2. - Au niveau national : la nécessité d'un plan de prévention des chutes des personnes âgées

Comme indiqué dans les éléments de contexte, les données épidémiologiques de l'InVS révèlent que ce sont plus de 1 200 personnes de plus de soixante-cinq ans qui chutent quotidiennement (chiffre en deçà de la réalité) et ce sont 25 aînés qui décèdent, chaque jour, des suites d'une chute. De tels chiffres ne doivent pas être considérés comme une fatalité. Ils appellent une véritable prise de conscience des responsables de la politique sanitaire et sociale de notre pays et devraient inspirer une réponse d'envergure nationale, d'autant que les projections démographiques conduisent à anticiper une augmentation considérable de ces données dans les années à venir.
Au préalable, il serait utile de pouvoir apprécier dans quelles proportions un programme de prévention des chutes permet une réduction des coûts de santé. En 1996, une étude américaine montre que chez les personnes qui ont bénéficié d'un programme de prévention (adaptation médicamenteuse, conseils comportementaux, exercices physiques), le coût de santé diminue de 2 000 dollars par personne, par rapport à celles n'ayant pas bénéficié de l'intervention, pour un coût d'interventions de 925 dollars par personne (Rizzo J.A. et al., Med. Care,1996). Ces conclusions sont confirmées par une étude australienne d'évaluation des coûts réalisée en 2000, qui montre qu'un programme de réduction des risques environnementaux permet une réduction des coûts de santé, en diminuant le risque de chutes (Salked et al., Aust.-N.-Z. J. Public Health, 2000). En France, seule une étude médicoéconomique d'une stratégie de prévention secondaire de la chute de la personne âgée par méthode clinique et posturographique à domicile, dont les résultats ne seront disponibles que dans deux ans, est en cours.
Plus généralement, il n'existe pas d'étude médicoéconomique française publiée montrant l'impact d'un programme de prévention sur les coûts de santé. Dans ce contexte, des données macroéconomiques, qui sans doute confirmeraient que la réalisation de programmes de prévention permet une réduction des coûts de santé, devraient être recherchées. Le Collège des économistes de la santé, association des économistes français de la santé, pourrait être officiellement saisi d'une étude portant sur le coût de programmes de prévention des chutes des personnes âgées, au regard de leur efficacité. Les conclusions de cet organisme permettraient de justifier la mise en place d'un véritable plan national de prévention qui pourrait ainsi se fonder sur une expertise incontestable.
L'adoption d'un plan national de prévention, qui pourrait s'inspirer des orientations dégagées dans le présent rapport, susciterait une vraie prise de conscience de l'ampleur de ce type d'accident et permettrait une

véritable mobilisation de tous les responsables de la santé de nos aînés. Ce plan devrait s'inscrire en cohérence avec les plans nationaux existants ou à venir, et notamment avec le plan Bien Vieillir qui comporte déjà un axe stratégique sur la prévention des chutes. Une telle initiative permettrait de relever l'un des défis du vieillissement démographique et donnerait une large visibilité aux actions menées pour y parvenir et aux partenariats qui en découleraient.
Les enjeux de la prévention pour l'amélioration de la santé publique et pour la préservation de l'autonomie de la population âgée sont tels que seule une réponse d'envergure nationale inscrite dans un plan de prévention semble de nature à atteindre les objectifs de réduction du nombre de chutes des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans.

3.6.3. - Une démarche qui s'inscrit dans une dimension européenne

Le Conseil de l'Union européenne a adopté le 31 mai 2007 une recommandation sur la prévention des blessures et la promotion de la sécurité, publiée au Journal officiel de l'Union européenne du 18 juillet 2007 qui comporte des préconisations destinées aux États membres. Il y est indiqué que *« Dans le but de garantir un niveau élevé de santé publique, il y lieu que les États membres […] mettent en place des plans nationaux ou des mesures équivalentes, y compris des actions visant à sensibiliser le public aux questions de sécurité, en matière de prévention des accidents et des blessures […]. Lors de leur mise en œuvre, il conviendrait d'accorder une attention particulière aux aspects liés à la situation respective des hommes et des femmes et aux groupes vulnérables comme les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées. »*
La proposition de mise en place d'un plan national de prévention des chutes des personnes âgées répond parfaitement aux orientations dégagées par l'ensemble des États membres, telles qu'elles figurent dans cette recommandation. Il pourrait même être soutenu que ce texte communautaire constitue la base légale permettant de fonder juridiquement l'élaboration d'une telle initiative nationale. Dans l'hypothèse où cette proposition d'élaboration d'un plan national de prévention serait suivie d'effets, il serait souhaitable de le faire savoir aux autorités communautaires qui ne pourraient que se féliciter de cette action.

3.6.4. - Des perspectives au plan international

L'OMS développe une approche de la santé appréhendée au sens large, en ce qu'elle la situe au-delà de l'absence de maladie. Selon cette conception globale, la recherche d'une amélioration de la santé pour tous, combinée à une réduction des inégalités contribue à promouvoir la santé en y associant prévention, éducation pour la santé et développement d'un milieu favorable.
À partir de cette approche, l'OMS a mis en place le programme Villes-Santé qui distingue les villes qui, en particulier, améliorent la santé pour tous et réduisent les inégalités autour de plusieurs thèmes fédérateurs : la solidarité et l'égalité en matière de santé, l'amélioration de la santé à tous les âges de la vie, la lutte contre les maladies et les traumatismes… Le réseau français des villes santé a été lancé en 1987 et à ce jour, il compte 62 villes.
La prévention des chutes des personnes âgées répond aux objectifs assignés au réseau Villes-Santé de l'OMS en ce qu'elle contribue à l'amélioration de la santé à tous les âges de la vie. Dans ce contexte, une sensibilisation des responsables du réseau pourrait être entreprise, pour que cette action de prévention de ce public particulièrement vulnérable soit reconnue en tant que permettant d'atteindre les objectifs du réseau.

Synthèse
des 10 recommandations relatives à la prévention des chutes au domicile des personnes âgées

• Appréhender la prévention des chutes en tant que répondant à un double enjeu, de santé publique pour une population vieillissante et de prévention de la perte d'autonomie ou de son aggravation.

• Mettre en place l'analyse multifactorielle des facteurs de risques de chutes au moyen d'une labellisation.

• Faire jouer un rôle d'alerte aux professionnels agissant dans la proximité en leur permettant d'accéder à des formations qualifiantes.

• Promouvoir les aménagements du domicile des personnes âgées et favoriser les passerelles entre tous les acteurs concernés.

• Coordonner les programmes de prévention au plan local et faciliter les appels à projets et les réponses qui leur sont apportées au plan local.

• Diffuser plus largement les outils de communication de la prévention des chutes pour les rendre plus accessibles au grand public, aux professionnels et acteurs de terrain.

• Reconnaître le rôle pilote des conseils généraux, chefs de file de la prévention dans les départements, territoires pertinents de l'action sanitaire et sociale au plan local.

• Élaborer un plan national de prévention des chutes des personnes âgées à domicile, en cohérence avec l'existant.

• Inscrire cette proposition de plan national d'actions dans une perspective européenne.

• Promouvoir la prévention des chutes des personnes âgées auprès du réseau des Villes-Santé de l'OMS.

Composition du groupe de travail

Président
Mme Maryvonne LYAZID, *adjointe au directeur général de la Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité*

Rapporteur
Mme Florence WEILL, *conseiller technique à la Commission de la sécurité des Consommateurs (CSC)*

Composition de l'atelier :
Mme Geneviève AVENARD, *directrice générale adjointe, Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas)*

Dr Frédéric BLOCH, *praticien hospitalier gériatre, Assistance publique des Hôpitaux de Paris, hôpital Broca*

Mme Hélène BOURDESSOL, *chargée d'études et de recherche, département observation et analyse des comportements de santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)*

M. David CAUSSE, *directeur opérationnel des résidences médicalisées, groupe Pro-BTP*

Mme Corinne CHOULY, *groupe AG2R-La Mondiale*

Mme Pascale DEMONTROND, *Fédération française EPMM Sports pour tous*

Mme Christelle DESSAINTS, *Caisses centrales de la mutualité sociale agricole (CCMSA)*

Dr Jean-Philippe FLOUZAT, *conseiller technique, sous-direction des âges de la vie, Direction générale de l'action sociale (DGAS)*

Mme Sylvie GIRAUDO, *chargée de mission prévention, Mutualité française*

M. Gwendal HARTEREAU, *chargé de mission, Familles rurales*

Pr. Gilles KEMOUN, *chef du service de médecine physique et de réadaptation, CHU de Poitiers*

Mme Anne KIEFFER, *médecin gériatre, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)*

Mme Christiane LAFRANCE, ADMR, *l'Association du service à domicile*

Mme Garménick LEBLANC, *économiste de la santé, Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)*

Mme Sandrine LEISER, *chargée de prévention, CNAMTS*

M. Éric MALEVERGNE, *chargé de mission politiques spécifiques, Fédération nationale des centres Pact Arim*

M. Jean-Pierre MARCHAND, *Primavita-AG2R*

Mme Paloma MORENO, *Union nationale de l'aide à domicile (UNA)*

Mme Céline NOSSEREAU, *Mutualité française*

Mme Stéphanie PIN LE CORRE, *chargée de recherche, département évaluation des actions de prévention, Inpes*

M. Jean-Michel RAPINAT, *chef du service développement social, Assemblée des départements de France*

Mme Cécile RICARD, *département maladies chroniques et traumatismes, InVS*

M. Jean RINGON, *chargé de mission pour le logement des personnes âgées et handicapées, direction générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction (DGUHC)*

Mme Sylviane ROGER, *conseillère technique, sous-direction des âges de la vie, direction générale de l'Action sociale (DGAS)*

Mme Marie-Agnès ROUBAUD, *groupe AG2R-La Mondiale*

Mme Anne SAINT-LAURENT, *directrice de l'action sociale, Agirc-Arrco*

Mme Pauline SASSARD, *Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile (UNA)*

Mme Muriel TADESE, *Agirc-Arrco*

Dr Bertrand THELOT, *médecin épidémiologiste, département maladies chroniques et traumatismes, unité traumatismes, InVS*

Mme Émilie TOUCHARD, *chargée de mission, lutte contre l'habitat insalubre et publics sociaux, Agence nationale d'amélioration de l'habitat (Anah)*

Mme Soizic URBAN, *bureau environnement intérieur, milieux de travail et accidents de la vie courante, direction générale de la Santé (DGS)*

M. Michel ZEHNACKER, *responsable des opérations d'intérêt général, Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité*

Président
M. Alfred SPIRA

Rapporteur
M. Jean-Pierre LOISEL

L'épidémiologie des accidents de la vie courante

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

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

1.État des lieux

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

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

En France, ces quatre fonctions sont bien distinguées. Dans d'autres pays, ce n'est pas le cas : aux USA c'est la Consumer Product Safety Commission, qui pilote un système de surveillance équivalent du système Epac (Enquête permanente sur les AcVC).
Mais c'est également cette commission qui rend des avis, qui communique et qui engage, éventuellement, des politiques de prévention ; en Grande-Bretagne existait un vaste système, Hass, soit Home Accident Surveillance System, ancêtre du programme européen Ehlass (European Home and Leisure Accident Surveillance System). Celui-ci a été démantelé il y a trois ans, et les conséquences de cet abandon sont manifestement très dommageables.

1.1 - L'existant

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

1.1.1 – Les données de mortalité

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

1.1.2 – Les données de morbidité

l'InVS conduit une Enquête permanente sur les AcVC (Epac). Il s'agit d'enregistrer aux urgences de dix hôpitaux volontaires les informations sur les patients pris en charge à la suite d'un AcVC : âge, sexe, résidence, prise en charge (date d'arrivée aux urgences, traitement, hospitalisation éventuelle), caractéristiques de l'accident (mécanisme, lieu, activité, type de lésion, partie du corps lésée), produits (agents, éléments) ayant causé ou étant impliqués dans l'accident, plus une courte description de l'accident en texte libre. (cf. invs.sante.fr/publications/2006/epac/epac_fr.pdf).
Ce système comporte plusieurs faiblesses : les données remontent seulement de certains hôpitaux publics. Un doute plane sur la représentativité, puisque seuls dix hôpitaux appartiennent au système Epac. À titre de comparaison, il existe 600 services d'urgence en France, et 13 millions d'accueils en urgence par an, alors que le système Epac recense environ 120 000 accidents. Ainsi,

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

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

- enquête noyades 2006 (invs.sante.fr/publications/2008/noyades_130208/index.html), alimentée par les services de la Direction de la défense et de la sécurité civiles : recueil de données assuré par les secours intervenant sur place : pompiers, Samu-Smur, gendarmerie, maîtres nageurs sauveteurs, police, Croix-Rouge française, CRS… Cette enquête conduite en 2002, 2003, 2004 et 2006 est unique en Europe.
- enquête défenestration 2005 et 2006 (invs.sante.fr/publications/2007/defenestration/index.html), menée dans trois régions, recueil de données assuré par les secours intervenant pour tout enfant de moins de quinze ans victime d'une défenestration accidentelle. On peut regretter à ce sujet un suivi trop dépendant, et l'absence de détails sur les circonstances…
- des enquêtes dans lesquelles ont été introduites des questions sur les AcVC

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

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

Le SNOSM (Système national d'observation de la sécurité en montagne), – cssm. jeunesse-sports.fr/page-snosm/prmission.html, créé par arrêté ministériel, sous l'égide des ministères de l'Intérieur, de la Défense et de la Santé, sous la responsabilité de l'École nationale de ski et d'alpinisme, recense, par l'intermédiaire des préfectures des départements de montagne, les interventions réalisées par les services de secours en montagne.
Les travaux conduits dans cet atelier ont mis l'accent sur plusieurs faiblesses du système. Il s'agit d'un système lourd, dont certains pensent qu'il ne fonctionne pas au plein de ses capacités : il souffre d'un certain manque de transparence ; il ne prend en compte que les accidents ayant valu intervention de secours (et non tous les traumatismes qui peuvent être vus par un médecin libéral ou se déclarer après coup) ; il ne donne pas d'indications sur les variables d'âge, de sexe, sur les circonstances ; le détail de ses résultats n'est pas rendu public…
Cette vision n'a pas été mise en cause parmi les membres de l'atelier. Toutefois, au cours du forum de restitution du 10 juin 2008, la Direction de la défense et de la sécurité civile (DDSC du ministère de l'Intérieur) ainsi que la Direction des sports (du ministère de la Jeunesse et des Sports), ont contesté énergiquement cette présentation, et demandé qu'il soit fait état de leur désaccord.

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

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

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

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

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

Les mutuelles d'assurance voient remonter chaque année des dizaines de milliers de cas d'accidents domestiques et veulent participer au travail de prévention des AcVC. Calyxis (calyxis.fr) est une entité qui succède au Centre européen de prévention des risques, créée en 1997 à Niort. Cette structure se veut un acteur important de la prévention des AcVC, autour de cinq activités : une plate-forme de recherche ; un centre de formation ; un programme Géorisques, réalisation d'une cartographie des risques naturels ; une plate-forme d'expérimentation ; et, ce qui nous intéresse particulièrement ici, un Observatoire des AcVC.
Les mutuelles, parties prenantes de cette structure, mettent depuis quelques années des données en commun à partir des déclarations de sinistre faites aux mutuelles (complémentaires santé, multirisques habitation…). Actuellement, un protocole de recueil et d'analyse de ce fichier est en voie d'élaboration. Près de 6 000 données ont d'ores et déjà été enregistrées et analysées, et, d'ici 2009, la base de données devrait être opérationnelle. Un Comité scientifique surveille la mise en œuvre de cette base. Les mutuelles participent en fournissant leurs données et en finançant pour partie le système. L'État et les collectivités locales financent également la structure.

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

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

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

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

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

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

Outre cette tentative aux trois quarts mort-née de mise en commun et de rationalisation des données, il existe un Plan national de prévention des AcVC. C'est un plan conjointement piloté par la DGCCRF et la DGS. Il est annuellement mis à jour quant à l'état d'avancement des actions, à l'ajout d'actions nouvelles ou au retrait de certaines autres actions. Il comprend aujourd'hui neuf actions, ne concernant pas directement l'accidentologie. Seul son point 3, portant sur les défenestrations, envisage une amélioration de la « surveillance épidémiologique des défenestrations accidentelles d'enfants et leurs conséquences ».

1.3 – Des tentatives locales qui n'ont pas abouti

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

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

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

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

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

1.5 – Des bases de données « produits »

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

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

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

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

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

1.6 – Le niveau européen

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

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

- IDB (Injury Data Base), qui remplace le système Ehlass (European Home and Leisure Accident Surveillance System), fonctionne sur la base du volontariat d'hôpitaux. Epac est la composante française de l'IDB ;
- Susy Safe a pour ambition de créer un réseau de surveillance et de données sur les suffocations d'enfants par ingestion de petites pièces. Dans la pratique, le résultat est resté bien en deçà des objectifs, seulement trois hôpitaux français impliqués, seulement cinq pays d'Europe… ;
- l'InVS a également mené trois projets européens depuis 2004, l'un sur les enquêtes transversales, le deuxième sur les fonctions d'alerte en accidentologie, et le troisième sur l'analyse comparative des données de mortalité pour un traumatisme au niveau européen.

2.Enjeux

2.1 – Mesurer, pourquoi ?

2.1.1. - Mesurer pour savoir et comprendre

Ce tableau de l'état de l'épidémiologie des AcVC en France aujourd'hui laisse encore des trous béants à notre connaissance, et donc des champs inexplorés, sur lesquels il est très difficile d'engager des politiques de prévention. Par exemple, en 2005, on ignorait le nombre précis de décès par incendie domestique. Et comme on l'a souligné plus haut, l'état des statistiques reste sujet à des critiques sur leur représentativité, même si, selon la Direction de la défense et de la sécurité civiles, les statistiques incendies ont « notablement progressé » depuis 2005. Leur amélioration constatée par différents acteurs aiguillonne la frustration : ne pourrait-on imaginer que ce système de recueil ne contienne ou ne pourrait contenir le codage des causes de traumatisme ? De même, les données « hors décès » sont encore très parcellaires. La « bobologie » n'est que rarement recensée, alors que la survenue d'accidents bénins peut être éclairante sur les occasions d'accidents. Par ailleurs, les données existantes ne prennent le plus souvent en compte que le moment précis de l'accident, et non pas ses conséquences. Ainsi, il existe une seule étude (A.Tursz et M. Crost)
pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1730633 – qui chiffre le nombre de séquellaires après leur passage aux urgences.

Enfin, et cela est capital, la plupart des données recensées ne donnent que trop peu d'indications sur les facteurs de risques. L'exemple du travail effectué sur les miniskis[2] en collaboration entre l'Association des médecins de montagne et certains industriels est sur ce plan exemplaire : l'analyse fine des accidents, des traumatismes, a conduit l'association à clairement identifier comme « sujets à risque » les débutants (de moins de sept jours de pratique) et les enfants et adolescents jusqu'à quinze ans. Une action énergique auprès des magasins de sport, conduite par un fabricant, recommandant la non-utilisation des miniskis par ces catégories de pratiquants a abouti à une diminution significative du risque de fracture de jambe.

2.1.2. - Mesurer pour peser

Se faire entendre des pouvoirs publics, imposer que des politiques de prévention soient étudiées et mises en œuvre, sans apporter de « preuves » chiffrées de l'existence d'un problème, relève d'une gageure. Face aux tutelles, c'est un peu la politique du « chiffre opposable » qui va pouvoir déclencher une prise de conscience. Par exemple, l'idée d'un diagnostic électrique obligatoire[3] au moment des mutations de biens immobiliers, qui vient d'être concrétisée, n'aurait certainement pas pu voir le jour si les chiffres issus d'études n'étaient pas aussi importants (7 millions d'installations électriques avec un point de danger, 80 000 incendies domestiques directement imputables à des problèmes électriques…).

2.1.3. - Mesurer pour hiérarchiser

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

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

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

2. Voir sur ce point l'avis de la CSC relatif aux miniskis, de février 2005.
3. La CSC a rendu deux avis relatifs aux installations électriques anciennes, en décembre 1987 et en décembre 2003, qui proposaient déjà un tel diagnostic.

malgré le nombre d'accidents graves recensés, d'indiquer qu'il ne s'agit pas d'un sujet de santé publique. Les « effets d'optique » peuvent être trompeurs : des statistiques fausses ou incomplètes peuvent faire passer à côté des vrais problèmes.
Ainsi en matière d'accidents de montagne, le SNOSM, organisme officiel, a produit des chiffres sous-évaluant le volume des accidents de sports d'hiver, par un champ d'investigation sans doute trop limité (recensement de 50 000 accidents par an). Or cela ne représente qu'un tiers des accidents effectifs. L'Association des médecins de montagne a dû monter au créneau, y compris auprès de la presse.

2.1.4. - Mesurer pour prévenir

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

2.2 – Que mesurer ?

Il existe une difficulté sémantique : selon certains intervenants, la France serait le seul pays à parler d'AcVC, idée contestée par Bertrand THELOT. Il est vrai qu'il s'agit d'une notion difficilement traduisible. À l'étranger, on parle de traumatisme. Le problème est que le traumatisme renvoie à la fois à l'événement (« je suis tombé ») et à son résultat (« j'ai la jambe cassée »). D'où une difficulté de comparaison avec d'autres pays, et d'insertion dans d'éventuels dispositifs internationaux.
Par ailleurs, il existe une autre difficulté, de territoire. La notion d'AcVC instaure dans certains cas une ligne de partage arbitraire, ou du moins difficilement opératoire, entre des circonstances d'accidents. Par exemple, une majorité des accidents de la main intervient dans le cadre du travail, et n'est donc pas comptabilisée comme AcVC, alors même que les traumatismes infligés sont du même ordre. Si les mesures d'information peuvent être effectivement distinctes (il est plus « facile » d'informer et de prévenir dans un cadre organisé et encadré comme celui du travail), les mesures de prise en charge après traumatisme (services d'urgence…) demeurent pour autant identiques. De même, on retrouve ces recoupements de territoire pour les accidents de vélo qui, s'ils interviennent sur la voie publique, sont du ressort des accidents de la circulation, et non des AcVC.

2.3 – Comment mesurer ?

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

3.Recommandations

3.1 – Miser sur la recherche en AcVC

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

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

3.2 – Faire des AcVC une grande cause nationale

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

Chaque année, une campagne (présentée par des organismes à but non lucratif) est agréée par le Premier ministre en tant que grande cause nationale, ce qui ouvre droit à la diffusion gratuite de messages par les sociétés publiques de radio et de télévision. L'agrément est donné par le Premier ministre après avis d'une commission restreinte. Les cahiers des missions et des charges des sociétés nationales de programme France 2, France 3, France 5, Radio France et de RFO (réseau France outre-mer) leur font obligation de diffuser gratuitement un nombre déterminé (douze) de messages de la campagne retenue.

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

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

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

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

un consensus sur l'existence d'un opérateur chargé de la mutualisation des données existantes. Les conditions de succès d'une telle entité ne seront réunies que si l'organisme en question ne se veut pas « totalitaire », et si les autres partenaires sont d'accord.
Le problème des AcVC est très difficile à appréhender par l'Administration, parce que ces accidents correspondent à un ensemble de situations extrêmement hétérogènes et dispersées. Cela défie la mise en place d'un dispositif de surveillance à l'instar de ce qui se fait dans les dispositifs de vigilance. Les représentants du ministère de la Santé, à savoir la Direction générale de la santé, se montrent ouverts à une telle idée. Il n'existe aucun monopole sur les AcVC. Par contre, la DGS reste très attachée au fait que les dispositifs de surveillance existants ici ou là soient supervisés par l'InVS, en invoquant des raisons de cohérence et de validité des données.

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

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

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

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

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

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

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

D'après le code de la santé publique, l'InVS a accès à toutes les bases de données, et pourrait exiger des industriels, et autres organismes privés, l'ouverture de leurs bases. Il ne s'agit évidemment pas de recourir à la contrainte ; l'accès aux données des professionnels ne peut s'entendre que par un système de collaboration. Il convient cependant de ne pas oublier les volontés du législateur. Un réel travail reste à entreprendre pour impliquer plus avant ces professionnels et créer un véritable échange entre l'Observatoire et les professionnels. Il faut donc réfléchir à organiser rationnellement, et en toute transparence, ces remontées. Une clause de confidentialité, garantissant que ces données, délivrées par exemple à l'Observatoire cité dans le point précédent, n'ont pas pour vocation d'être publiées en l'état, mais seulement agrégées, et donc sans mention des marques, serait appliquée à l'égard des professionnels donnant accès à leurs données.
Des professionnels, comme la Fédération des métiers du bricolage, collaborent déjà en termes de prévention avec des services (dans ce cas, la Fesum) et coproduisent avec eux des documents de prévention. Cette attitude ouverte peut se prolonger dans la mise à disposition des remontées constatées d'accidents, de plaintes, de risques, de la part de la clientèle. Dans ce dispositif, la présence de Calyxis est évidemment primordiale, premier pas concret d'une profession (les mutuelles) qui cherche à faire bénéficier la collectivité de données qu'elle recueille de ses clients.

3.6 – Pérenniser un système de recueil à plusieurs étages

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

Pour les études ponctuelles, une hiérarchie des priorités doit absolument être dressée. Pourquoi pas une approche par « le petit bout de la lorgnette » dans certains cas ? Par exemple, sur les brûlures en baignoire, qui entraînent entre dix et vingt décès par an, un travail de recensement et d'enquête a été effectué. Ces statistiques (de l'InVS) ont ainsi permis la prise d'un arrêté (30 novembre 2005) limitant la température d'eau chaude sanitaire[4] au point de puisage. Même remarque pour ce qui concerne les défenestrations[5] : deux enquêtes ont été conduites ponctuellement, et il n'est nul besoin d'en reconduire prochainement. Vis-à-vis de ce risque, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF), saisi de ce dossier, a formulé un ensemble de recommandations dans son avis du 6 avril 2006. Parmi ces recommandations figurent la poursuite, voire le renforcement, des campagnes de communication spécifiques et de la surveillance épidémiologique mais également la modification de la réglementation et de la normalisation sur les garde-corps. La Direction générale de la santé assure le suivi de la mise en œuvre de l'avis du CSHPF au moyen de réunions annuelles rassemblant

4. Voir l'avis de la CSC d'octobre 2003 relatif aux brûlures à l'eau chaude sanitaire.
5. Voir l'avis de la CSC d'octobre 2005 relatif à la sécurité des fenêtres et des balcons.

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

3.7 – Utiliser le PMSI comme outil de recueil

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

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

Saisir quelques données supplémentaires sur le patient et sa pathologie (et, pour ce qui concerne les AcVC, le lieu de l'accident, la cause précise de l'accident…) permettra d'obtenir cette vision large, globale et représentative, du phénomène. Hormis des conséquences directes en matière de prévention, une telle modification permettrait également, sur un plan comptable, de connaître immédiatement et quasi automatiquement le coût de l'hospitalisation correspondant au traumatisme étudié (par exemple, coût des hospitalisations pour brûlures par eau chaude sanitaire ou par incendie d'habitation, par fracture du fémur dans les maisons de retraite, etc.).
Reste à traiter la question du « comment ? » : qui va saisir les données ; quels moyens supplémentaires peuvent être mis en œuvre ; ou quelle motivation peut conduire les médecins à prendre deux minutes de plus par patient ? C'est encore principalement un problème de moyens qui se pose ici.

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

Étudier les accidents et leurs causes est un élément fondamental de la connaissance. Mais il est également essentiel de comprendre les raisons de succès ou d'échec de telle ou telle mesure. Par exemple, entre 1980 et 1990, la mortalité liée à un AcVC des enfants d'un à quatre ans a été divisée par deux (passant de 15,4 pour 100 000 à 7,7 pour 100 000). Or, comme le rappelle Anne Tursz[6], aucune publication n'a « cherché à quels facteurs précis attribuer cette considérable diminution des taux de mortalité ».

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

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

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

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

3.9 - Introduire un indicateur de comparaison pour hiérarchiser les problèmes

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

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

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

3.11 - Engager des enquêtes spécifiques sur les enfants

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

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

Composition du groupe de travail

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

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

Liste des personnes auditionnées :
M. Yannick BAILBLED, *rédacteur, unité d'alerte, bureau sécurité et réseaux d'alerte, DGCCRF*

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr Jacques LATARJET, *spécialiste des brûlures*

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

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

Mme Catherine SZTAL-KUTAS, *directrice de Calyxis*

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

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

12 RISQUES SPÉCIFIQUES

Appareils électroménagers

Détecteurs autonomes avertisseurs de fumée

Dispositifs électroniques d'aide à la conduite

Échafaudages domestiques

Lieux commerciaux

Manèges forains et matériels d'attraction

Minimotos

Piscines privées

Quads

Sports d'hiver

Téléphonie mobile

Tondeuses à gazon

Appareils électroménagers

1. L'accidentologie et les risques encourus

Depuis sa création en 1983, la CSC a émis 45 avis (sur un total de plus de 300) concernant les appareils électrodomestiques. Les risques principaux constatés sont, par ordre décroissant de fréquence :

- les brûlures : 14 avis (fours, cuisinières instables…) ;
- les chocs électriques : 13 avis (fers à repasser, nettoyeurs à vapeur...) ;
- les blessures, notamment les coupures : 9 avis (robots ménagers…) ;
- les incendies : 7 avis (adaptateurs électriques, grille-pain ou lampes halogènes…).

2. La situation législative, réglementaire et normative

Les appareils électrodomestiques sont réglementés par le décret nº 95-1081 du 3 octobre 1995 relatif à la sécurité des personnes, des animaux et des biens lors de l'emploi des matériels électriques destinés à être utilisés dans certaines limites de tension.

Ce décret transpose en droit français la directive du Conseil 73/23/CEE du 19 février 1973 concernant le rapprochement des législations des États membres relatives au matériel électrique destiné à être employé dans certaines limites de tension, modifiée par la directive du Conseil 93/68/CEE du 22 juillet 1993.

Sont réputés satisfaire aux dispositions du premier tiret de l'article 2 et de l'article 3 du décret ci-dessus les matériels électriques conformes :

- soit aux normes les concernant dont les références sont publiées au Journal officiel de la République française (JORF) ;
- soit, en l'absence de normes harmonisées, aux dispositions en matière de sécurité promulguées par la commission internationale des réglementations en vue de l'approbation de l'équipement électrique ou par la commission électrotechnique internationale ;
- soit, en l'absence de ces dispositions, aux normes françaises homologuées se rapportant à ces matériels.

La liste de ces normes fait l'objet de la parution d'un avis, le dernier étant paru au JORF nº 0050 du 28 février 2008, page 3513, texte nº 185.

Aux termes de cette réglementation, les appareils électrodomestiques ne peuvent être commercialisés que s'ils sont revêtus de la marque CE. Les matériels électriques qui entrent dans le champ d'application du présent décret ne peuvent être revêtus du marquage « CE » qu'à la condition d'avoir fait l'objet du contrôle de la fabrication.

Le contrôle interne de la fabrication est la procédure par laquelle le fabricant ou son mandataire assure et déclare que le matériel électrique qu'il met sur le marché satisfait aux dispositions réglementaires. Il rédige alors une déclaration

de conformité et constitue une documentation technique qu'il tient à la disposition des agents chargés du contrôle pendant une durée d'au moins dix ans à compter de la dernière date de fabrication du matériel.

3. Les actions de prévention et les résultats obtenus

Depuis la création de la CSC, la sécurité générale des appareils électrodomestiques s'est considérablement améliorée du fait d'une meilleure prise en compte par la normalisation des risques autres que strictement électriques.

Il reste néanmoins un certain nombre de points préoccupants, notamment au niveau des températures de contact de certains appareils, comme la température des vitres de four ou de certains petits appareils de chauffage de liquides, par exemple.

4. Les voies d'amélioration possibles

Les notices des appareils devraient rappeler, de manière visible et illustrée, les risques inhérents à chaque appareil, notamment celui de renversement des cuisinières ou des ustensiles en cours de chauffe sur la table de cuisson.

Il convient évidemment d'être attentif à la mise à jour régulière des normes d'autant que des appareils faisant appel à des techniques nouvelles apparaissent, comme le chauffage par induction par exemple.

La libre circulation des marchandises au sein de la Communauté européenne peut conduire à une large diffusion d'appareils qui ne peuvent pas être contrôlés de manière systématique. Compte tenu de la réglementation applicable qui repose avant tout sur une déclaration du fabricant (ou de l'importateur dans un des 27 pays de la Communauté), des appareils dangereux (car non conformes) pourraient entrer sur le territoire. Il convient donc que les pouvoirs publics et les autorités européennes prennent également ce paramètre en considération.

Détecteurs autonomes avertisseurs de fumée

1. L'accidentologie et les risques encourus

Le nombre d'incendies domestiques de toutes origines est d'environ 250 000 par an (on estime qu'un Français sur trois sera victime d'un incendie au cours de son existence). Ceux-ci occasionnent 10 000 victimes par an, dont 800 décès et de nombreux blessés graves avec séquelles invalidantes. La gravité des conséquences des incendies domestiques pourrait être fortement diminuée si les victimes étaient alertées dès le début de l'incendie, et si elles savaient comment réagir face au feu.

2. La situation législative, réglementaire et normative

Les détecteurs autonomes avertisseurs de fumée (Daaf) sont visés, au titre de la directive européenne nº 89/106/CEE relative aux produits de la construction, par l'obligation du marquage CE, attestant de leur conformité aux exigences de l'annexe ZA de la norme EN 14604.

La norme européenne NF EN 14604 a été élaborée dans le cadre d'un mandat de la Commission européenne pour venir à l'appui des exigences essentielles de la directive européenne 89/106/CEE relative aux produits de construction et va se substituer à la norme NF S 61-966 de 1999 à compter du 1er juillet 2008. Elle spécifie les exigences, les méthodes d'essai, les critères de performance et les instructions des fabricants des dispositifs d'alarme de fumée utilisant le principe de diffusion ou de transmission de la lumière, ou de l'ionisation, pour des applications domestiques ou similaires. Elle ne s'applique pas aux dispositifs d'alarme destinés à être incorporés dans des systèmes qui utilisent des équipements de commande et d'indication séparés, ces composants sont couverts par la série de normes NF EN 54.

3. Les actions de prévention et les résultats obtenus

La fonction du détecteur de fumée est d'alerter les occupants d'un logement dès la formation de fumée pour leur permettre, dès que l'incendie se déclare, de maîtriser le départ du feu ou de fuir sans être victimes des émanations, diminuant ainsi considérablement le taux de morbidité et de mortalité.

Les Daaf constituent le moyen privilégié de limiter les conséquences des feux nocturnes, particulièrement meurtriers (responsables de 70% des décès dans les incendies d'habitation).

En effet, force est de constater que les conséquences des incendies dans les pays où l'équipement en Daaf est important ont considérablement diminué. Ainsi, en Angleterre en 1985, une réglementation concernant l'habitat, qu'il soit neuf ou rénové, a été édictée. De la même façon, aux États-Unis, le nombre de morts a chuté alors même que l'habitat ancien ne supportait aucune obligation. Certaines expériences menées en France ont confirmé l'efficacité de tels dispositifs. Les résultats de ces actions semblent renforcés lorsque des campagnes d'information et de sensibilisation sont menées.

Aux Pays-Bas, de larges campagnes de sensibilisation ont ainsi été conduites – une semaine de la prévention en 1990 et 1992 – puis un mois (depuis octobre 2006) de la prévention incendie, avec une journée spécialement dédiée au Daaf, le dernier samedi du mois d'octobre, au passage de l'heure d'été à l'heure d'hiver. Les pompiers participent à cette sensibilisation, notamment par des actions d'information dans les écoles. D'autres relais sont mis à contribution, comme les associations de consommateurs, les compagnies d'assurances, les syndicats d'immeubles ou les associations de propriétaires d'immeubles.

Aux États-Unis, la campagne « Change the clock, change the battery » (Changez d'heure, changez de pile) a eu un vif succès.

4. Les voies d'amélioration possibles

L'essentiel des propositions s'adresse directement aux pouvoirs publics. En effet, dans la mesure où existe déjà une proposition de loi visant à rendre obligatoire l'installation de détecteurs de fumée dans tous les lieux d'habitation (celle de MM. MORANGE, député des Yvelines et MESLOT, député du Territoire de Belfort), la première urgence est de tout mettre en œuvre pour que celle-ci soit adoptée sans tarder.

Il conviendra de préciser dans cette loi que l'installation des Daaf est à la charge du propriétaire, et qu'il revient à l'occupant de réaliser les opérations d'entretien et de maintenance.

Afin de ne pas en reculer davantage la mise en œuvre effective, il est également nécessaire de publier simultanément la loi et ses textes réglementaires d'application (décret et arrêtés).

Le Daaf étant l'outil central d'un dispositif appelé à diminuer drastiquement le nombre d'accidents et leur mortalité, la France doit demander à la Commission européenne d'augmenter le niveau d'attestation de conformité des Daaf au niveau le plus élevé, soit le niveau « 1+ ». De même, il est nécessaire de mener une réflexion sur la possibilité de commercialiser des Daaf ioniques, eu égard à leur capacité à détecter des feux rapides et violents.

Afin de s'assurer de la fiabilité des appareils, les pouvoirs publics doivent conduire, de manière inopinée, des opérations de vérification de leur conformité aux normes pertinentes, quel que soit leur lieu de fabrication.

De plus, les textes ne pouvant trouver toute leur force que dans un contexte d'implication de tous, leur application doit être accompagnée d'une vaste campagne d'information portant sur l'utilité des Daaf, la sécurité qu'ils procurent et la conduite à tenir en présence d'un incendie.

Il est par ailleurs souhaitable d'améliorer la connaissance des problèmes d'incendie domestique. L'informatisation des services qui interviennent dans le traitement des incendies (notamment les sapeurs-pompiers) doit ainsi conduire à une évaluation correcte des causes et des conséquences des incendies survenant chaque année sur le territoire français.

Enfin, les autorités en charge de la normalisation auront à préciser et compléter par une révision de la norme NF EN 14604 les modalités de contrôle de la production prévues dans l'annexe ZA.

Dispositifs électroniques d'aide à la conduite

1. L'accidentologie et les risques encourus

Il n'existe aucun chiffre sur les accidents de voiture mettant en cause directement des équipements électroniques d'aide à la conduite.

Défaillances techniques
L'application de l'électronique à la construction automobile est délicate du fait des contraintes que les équipements subissent dans un véhicule (vibrations, chocs, chaleur, humidité, perturbations électromagnétiques), plus difficiles à maîtriser que dans l'aéronautique. Une solution technique très sophistiquée peut ainsi être cause de défaillance. Cette mutation technologique a provoqué un net décalage entre les compétences des professionnels (concessionnaires, garagistes privés d'information) et le niveau technologique du parc.

Comportement du conducteur
Ces équipements sont bien acceptés par les conducteurs mais perçus davantage comme un gain de confort et un moyen de ne pas commettre d'infraction que comme un appui à la sécurité. La connaissance du maniement de ces équipements est insuffisante. Ainsi, l'ABS (système antiblocage des roues) nécessite-t-il une pression continue « point mort » en cas de vibration de la pédale du frein ; les systèmes de correction de trajectoire EPS doivent être déconnectés sur route enneigée ou boueuse. D'autres équipements peuvent également engendrer un stress, un relâchement de l'attention ou une confiance excessive incitant à la prise de risques.

2. La situation législative, réglementaire et normative

Seul l'ABS est obligatoire dans la réglementation internationale automobile. En France, l'article 317-6 et 317-6-1 du code de la route rend obligatoire le limiteur de vitesse et le chronotachygraphe pour les véhicules de transport en commun et ceux dont le poids total en charge autorisé dépasse 3,5 tonnes. Ces équipements sont soumis à toutes les procédures d'homologation des composants et des sous-ensembles automobiles prévues pour la réception communautaire des véhicules.

Il existe plusieurs normes internationales s'appliquant à cet univers : les normes ISO TC22 et TC204 concernent le régulateur de vitesse adaptatif, l'aide au stationnement ou à la détection de l'hypovigilance du conducteur ; la norme ISO 2575:2006, « Véhicules routiers-Symboles pour les commandes, indicateurs et témoins », fixe de nouveaux symboles. Depuis 2005, la norme EOBD sur la gestion du moteur s'applique à tous les véhicules automobiles. Elle permet le développement des appareils de diagnostic utilisables pour toutes les marques de véhicules et mis à jour périodiquement.

On note enfin l'existence de la directive 1400/2002 du 31 juillet 2002, qui autorise l'accès aux informations et à la formation technique à tous les professionnels de la réparation et du dépannage.

3. Les actions de prévention et les résultats obtenus

Selon les constructeurs, les savoir-faire, les méthodes de développement et les contrôles mis en œuvre à chaque étape de la production constituent une garantie de sécurité pour le consommateur. Aujourd'hui, les véhicules bénéficient du retour d'expérience acquis par les constructeurs, équipementiers et professionnels de l'après-vente depuis le début des années 2000. Les travaux de normalisation se poursuivent sur l'aspect ergonomique (ISO 16673 : 2007) sur les spécifications des logiciels embarqués et leurs composants (ISO 26262, à paraître en 2008).

4. Les voies d'amélioration possibles

Il reste cependant des avancées à réaliser sur deux fronts complémentaires.

Il est nécessaire de mieux prendre en compte le risque humain :

- assurer une meilleure maîtrise de ces équipements : par des épreuves théoriques et pratiques pour l'obtention du permis de conduire, par des stages de formation continue pour les conducteurs et au cours d'éventuels stages de récupération des points de permis ;
- éclairer les consommateurs et les inciter, au moment de l'achat d'un véhicule, à choisir la simplicité et l'ergonomie de ces équipements ;
- préparer les conducteurs à l'utilisation de ces outils : demander informations et formation auprès des vendeurs, loueurs, écoles de conduite ou assureurs et ne pas détourner ces équipements de leur usage normal.

Mais il ne faut pas non plus oublier les risques techniques, dépendant de la qualité des contrôles et de la compétence des garagistes. Nous préconisons donc de :

- inclure la vérification de ces équipements dans le contrôle technique périodique obligatoire des véhicules de tourisme ;
- poursuivre les efforts entrepris par les constructeurs dans la conception des équipements, l'information des utilisateurs, la formation de leurs agents et des loueurs de véhicules ;
- faciliter l'accès des garagistes indépendants aux informations techniques et à la formation.

Échafaudages domestiques

1. L'accidentologie et les risques encourus

L'InVS estime de 1 000 à 4 500 le nombre annuel d'accidents domestiques liés à l'usage d'échafaudages. 25% des victimes ont plus de 60 ans et 30% des accidents conduisent à une hospitalisation.
On déplore en premier lieu un manque de solidité et de stabilité qui entraîne des chutes de personnes ou d'objets déposés sur le plancher de l'échafaudage. D'autres problèmes sont également recensés, comme un montage mal réalisé ou des incidents survenus au cours du transport.

2. La situation législative, réglementaire et normative

En l'absence de toute réglementation nationale spécifique, l'obligation générale de sécurité (article L. 221-1 du code de la consommation) ainsi que la directive européenne 2001/95/CE du 3 décembre 2001 sur la sécurité générale des produits s'appliquent aux échafaudages domestiques. Une norme NF E 85-200, « Échafaudages domestiques – Exigences minimales de sécurité », a été publiée en décembre 2006.

3. Les actions de prévention et les résultats obtenus

La norme NF E 85-200 de décembre 2006 s'applique aux échafaudages de hauteur de plancher n'excédant pas 5 mètres et utilisés uniquement dans le cadre de travaux domestiques. Des loueurs de matériel de bricolage ont d'ailleurs décidé de ne plus offrir ces matériels, pour ne proposer que les échafaudages professionnels normalisés, qui répondent à des exigences beaucoup plus sévères. Les produits commercialisés pour un usage domestique sont contrôlés en magasin par la DGCCRF.

4. Les voies d'amélioration possibles

Il convient d'améliorer sensiblement l'épidémiologie de ce type d'accidents. Les recenser en en identifiant précisément les causes permettra d'avancer efficacement des mesures de prévention. Les autorités devront veiller à la mise en œuvre effective des prescriptions de la norme NF E 85-200 par les fabricants, renforcer la surveillance du marché par les services compétents, intégrer à cette norme les recommandations de la CSC pour améliorer la stabilité et la solidité des échafaudages et rédiger une norme européenne sur la base de la norme NF E85-200.
Il est également nécessaire d'appeler les utilisateurs à une vigilance accrue, en insistant sur les points suivants :

- choisir l'échafaudage le mieux adapté à ses besoins et ses capacités physiques en prenant conseil auprès des professionnels ;
- suivre les consignes de montage, d'utilisation, de protection ;
- veiller à éloigner du site des travaux les enfants et les animaux domestiques.

Lieux commerciaux

1. L'accidentologie et les risques encourus

Une enquête « Accidents de la vie courante », réalisée entre 1987 et 1995 par 28 caisses primaires d'assurance maladie, a recensé 406 accidents dans les lieux commerciaux. Par extrapolation, leur nombre pour l'ensemble de la population française pourrait s'élever à 40 000 cas par an (dont 30 décès).

Les catégories de consommateurs les plus touchées sont les moins de 5 ans et les 60-69 ans. Sont majoritairement en cause des éléments comme les escaliers, les marches et les portes, mais aussi la nature des sols ou les chariots. Les chutes sont les plus fréquentes (59,7% des cas) devant les chocs (26,3%) contre un objet ou une personne. Les lésions les plus graves sont les traumatismes crâniens (1,1%) et les plaies profondes (11,9%).

L'enquête permet d'obtenir une vision assez détaillée des circonstances des accidents et de leurs causes. Une majorité d'entre eux surviennent en circulation (56,4% des accidents) : chutes dans les escaliers ou escalators ; sol humide (renversement de liquide, produit alimentaire, verglas), allées encombrées, sol détérioré, dénivelé non signalé, choc avec un chariot, éclairage insuffisant... L'utilisation de moyens de manutention (20,5%) est le second facteur d'accidents, impliquant des chariots, des transpalettes électriques, des échelles…

Parmi les autres et plus rares causes d'accidents, on compte les objets tranchants et autres (12,5%) : crochets ou gondoles d'exposition ; les chutes d'objets (5,3% des accidents) : produits pondéreux stockés en hauteur ou non scellés au sol ; et les produits chimiques (0,4%) : stockés ensemble, ils peuvent former des mélanges dangereux, provoquer des intoxications par contact cutané, respiratoire ou oculaire. On note également des risques de circulation sur le parking ou sur la route de retour à la maison.

2. La situation législative, réglementaire et normative

Situation législative et réglementaire

Les magasins sont des établissements recevant du public (article R. 123-2 du code de la construction et de l'habitation). Les mesures préconisées par cette réglementation ne concernent que la prévention des risques d'incendie et de panique. La responsabilité d'assurer le respect de la réglementation incombe au maire : droit de l'urbanisme (autorisation de permis de construire…), ou comme autorité de police générale (art. L. 2212-2 du code général des collectivités territoriales).

La protection du consommateur

Elle repose sur trois textes complémentaires :

- l'obligation générale de sécurité des produits ou des services (article L. 221-1 du code de la consommation), selon laquelle il incombe au vendeur « *d'informer ses clients des risques encourus et des précautions à prendre* » ;
- la responsabilité pénale du professionnel, qui peut être engagée pour homicide involontaire et mise en danger de

la vie d'autrui (articles 121-3 et 221-6 du code pénal) ;

- la responsabilité civile du professionnel. Fondée sur les articles 1382 et 1984 du code civil, celle-ci est engagée, mais le magasin peut en être partiellement exonéré s'il prouve que la faute de la victime a contribué au dommage.

3. Les actions de prévention et les résultats obtenus

La CSC a rendu trois avis le 7 février 2001, le 2 avril 2003, et le 15 septembre 2005. Il n'existe des guides de sécurité que dans trois secteurs : bricolage, jardinage et grande distribution alimentaire. L'examen des trois guides montre que les risques encourus par les consommateurs présentent de grandes similitudes. Or, les solutions proposées dans ces trois guides ne sont pas les mêmes, et de plus, certaines d'entre elles ne correspondent pas toujours aux pratiques mises en œuvre par les enseignes. C'est pourquoi, à la demande de la CSC, les responsables de la grande distribution ont élaboré un « guide de bonnes pratiques » applicable à toutes les grandes enseignes. Des normes de « produits » ont également été conçues : crochets d'exposition, gondoles…

4. Les voies d'amélioration possibles

Si les efforts entrepris sont déjà sensibles, il convient de les poursuivre. Il s'agit en particulier de réaliser la mise en œuvre effective du guide commun. Le recensement exhaustif et complet de chaque incident ou accident dans chaque magasin doit être généralisé. Et les entreprises doivent garantir une meilleure prise en charge des personnes accidentées.

Manèges forains et matériels d'attraction

1. L'accidentologie et les risques encourus

Il n'existe pas de recueil homogène et exhaustif des accidents survenus dans les fêtes foraines et les parcs de loisirs. Néanmoins, la Commission de la sécurité des consommateurs a dénombré 13 accidents graves survenus entre 2005 et 2006 dus à des défaillances techniques, ayant fait une cinquantaine de victimes, dont deux décès. Le 29 avril 2007, 23 personnes étaient blessées dans le Pas-de-Calais. En juillet 2007, un enfant se noyait tragiquement au parc Astérix et le 4 août 2007, un drame accidentel à la Fête des loges occasionnait la mort d'un père et de son fils. Enfin, 16 adolescents étaient blessés dans le Var, début avril 2008, suite à l'emballement d'un moteur qui aurait pourtant été contrôlé fin janvier, début février 2008.

2. La situation législative, réglementaire et normative

Les textes de droit positif

Jusqu'au mois de février 2008, la mise sur le marché et l'exploitation des manèges forains n'étaient soumises à aucune réglementation spécifique. Pour autant, il n'existait pas de vide juridique puisque, outre l'obligation générale de sécurité inscrite à l'article L. 221-1 du code de la consommation qui s'applique à la mise sur le marché et aux conditions d'exploitation des manèges, la police des fêtes foraines qui relève de la compétence des maires ou à défaut des préfets, a permis de définir au plan local des exigences de sécurité applicables à ces matériels.

La loi nº 2008-126 du 13 février 2008 relative à la sécurité des manèges, machines et installations pour fêtes foraines ou parcs d'attractions établit le cadre juridique particulier propre à la sécurité de ces installations. Elles devront désormais apporter la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre et ne pas porter atteinte à la santé des personnes ; être soumises à un contrôle technique initial et périodique, effectué ou vérifié par des organismes agréés par l'État ; et faire l'objet d'un affichage à destination du public l'informant sur ces contrôles de sécurité. Enfin, un décret définissant les exigences de sécurité et les modalités de l'agrément des organismes de contrôle est annoncé à l'article 5 de la loi du 13 février 2008.

La convention du 17 août 2007

Signée par certains représentants d'exploitants forains, des organismes de contrôle, l'Association des maires de France et les ministres intéressés (Intérieur, Consommation, Entreprises), cette convention dispose que les exploitants d'attractions foraines ont l'obligation de faire effectuer un contrôle technique par des organismes compétents et indépendants. La périodicité de ces contrôles varie en fonction de quatre types d'attraction. Elle est soit annuelle pour les installations supposées les plus dangereuses en raison de leur taille ou de leur vitesse, sans pour autant que la convention définisse ces appareils à partir de critères objectifs, soit triennale pour les autres installations.

La norme européenne EN 13814

Adoptée en juin 2004, cette norme relative aux machines et structures pour fêtes foraines et parcs d'attractions

constitue le fondement du dispositif d'encadrement de la sécurité des matériels d'attraction adopté dans de nombreux pays de l'Union européenne. Elle définit les exigences minimales de sécurité concernant la conception, la construction, l'installation, la maintenance, le fonctionnement, le contrôle et les essais des matériels d'attraction.

3. Les actions de prévention et les résultats obtenus

La Commission de la sécurité des consommateurs a rendu un avis sur la sécurité des matériels d'attraction installés dans les parcs de loisirs et les fêtes foraines le 9 novembre 2006, dans lequel elle appelait de ses vœux l'élaboration d'un cadre juridique définissant les obligations des constructeurs et exploitants et établissant les conditions d'accréditation des organismes habilités à effectuer les contrôles des installations.

À la suite du tragique accident d'août 2007, la convention mentionnée ci-dessus a rapidement été signée. Elle a remplacé un protocole datant de 1984, portant sur les contrôles des installations, particulièrement peu satisfaisant en matière de sécurité. En effet, les vérifications n'intervenaient qu'à la demande des exploitants et portaient sur des éléments ne prenant pas en compte la technicité croissante des nouvelles technologies mises en œuvre. La norme européenne EN 13814, quant à elle, a été publiée en France le 5 septembre 2007. Enfin, le drame de la Fête des loges a conduit M. le sénateur Pierre Hérisson à déposer une proposition de loi qui a abouti au vote de la loi du 13 février 2008, l'objectif étant de disposer d'un cadre juridique pérenne et contraignant.

4. Les voies d'amélioration possibles

Le décret d'application de la loi du 13 février 2008 n'est pas encore paru. À ce stade, force est de constater que le dispositif encadrant la sécurité des manèges n'est fixé que par la convention signée au cours de l'été 2007 entre les pouvoirs publics et certains professionnels, puisque la loi n'établit que des exigences de sécurité sans en définir les modalités de mises en œuvre.

Conformément aux recommandations de la CSC, il serait souhaitable que ce décret définisse les conditions et les modalités d'agrément des organismes de contrôle technique selon le modèle de l'accréditation par tierce partie indépendante, tel que cela se pratique couramment dans le secteur de l'industrie, conformément aux articles L. 115-27 et suivants du code de la consommation relatifs à la certification des services et des produits.

Minimotos

1. L'accidentologie et les risques encourus

L'InVS recense, en 2004 et 2005, 28 accidents de minimotos ayant donné lieu à hospitalisation (89,3% de chutes ayant entraîné, pour 35,7% des victimes, des blessures à la tête). 60,7% des personnes accidentées avaient moins de 10 ans. Certains de ces accidents sont mortels, comme en témoignent de récents faits-divers : en avril 2006, deux jeunes gens de 18 et 17 ans sur des « pocket bikes » se tuent en se percutant de plein fouet. Ils roulaient de nuit sur la voie publique, à plus de 100 kilomètres/heure sans éclairage, les véhicules n'en étant pas équipés. En novembre 2007, à Villiers-le-Bel, deux jeunes gens à minimoto sont décédés en percutant une voiture de police. Plus récemment encore, en avril 2008, un nouvel accident mortel est recensé à Bagneux.

2. La situation législative, réglementaire et normative

Conception et fabrication des minimotos

Avant le 10 juillet 2006

a. engins sportifs non destinés à être utilisés sur route, les minimotos étaient exclues de la directive 2002/24/CE du 18 mars 2002 sur la réception des véhicules à moteur à deux ou trois roues ;

b. parfois présentées comme des jouets par les distributeurs, les minimotos ne pouvaient néanmoins pas entrer dans le cadre de la directive nº 88/378/CEE sur la sécurité des jouets pour deux raisons : les véhicules à moteur à combustion en sont exclus et la vitesse des minimotos est excessive pour des enfants ;

c. en tant que produits de loisirs, elles relevaient uniquement de la directive 2001/95/CE du 3 décembre 2001 relative à la sécurité générale des produits.

Depuis le 10 juillet 2006

Les minimotos relèvent de la directive 98/37/CE dite « machines » (remplacée par la directive 2006/42/CE du 17 mai 2006 applicable au 29 décembre 2009). Selon cette directive, le fabricant doit :

- procéder ou faire procéder à une analyse des risques ;
- appliquer les règles techniques de l'annexe I de l'article R. 233-84 du code du travail pour réduire et supprimer les risques dès la conception ;
- établir une déclaration de conformité, constituer et conserver un dossier technique indiquant les procédures techniques mises en œuvre pour parvenir à la réalisation des règles techniques applicables à son produit ;
- apposer le marquage CE.

La directive sur la sécurité générale des produits s'applique sur tous les points non couverts par les directives « machines » et « compatibilité électromagnétique », notamment les procédures de rappel et de retrait.

Circulation sur le domaine public

La procédure de réception est réglementée par l'article R. 321-11 du code de la route (sauf pour les engins de compétition et ceux destinés à la pratique exclusive en tout terrain) : il impose la vérification de la conformité d'un modèle de véhicule aux dispositions de la directive 2002/24/CE précitée pour que soit habilitée sa commercialisation et sa circulation sur les routes de l'Union européenne. Rien ne s'oppose aujourd'hui à ce qu'une minimoto conçue et

équipée pour la route – éclairage, clignotants, avertisseur, plaque d'immatriculation – soit homologuée.
La Direction de la sécurité et de la circulation routière (DSCR) du ministère des Transports vérifie la conformité du prototype et la capacité de l'industriel à produire des véhicules conformes au prototype. Au stade de la commercialisation, la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) signale les anomalies constatées auprès de la DSCR qui en informe le pays de l'Union qui a réceptionné les engins. La circulation des engins non réceptionnés ou non destinés à l'être est réglementée par la loi n° 91-2 du 3 janvier 1991 relative à la circulation des véhicules terrestres dans les espaces naturels. Ceux-ci ne peuvent évoluer que :

- sur des terrains privés avec autorisation du propriétaire ;
- sur des terrains et circuits aménagés et autorisés (article L. 442-1 du code de l'urbanisme).

La Commission européenne a donné mandat au CEN pour élaborer une norme. Les travaux, commencés en janvier 2008, doivent s'achever à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle directive « machines » fin 2009.

3. Les actions de prévention et les résultats obtenus

La CSC a rendu un avis le 24 mai 2007. La DGCCRF a informé les fédérations d'importateurs du statut juridique des minimotos le 9 août 2006 et a effectué un contrôle du marché durant le second semestre 2006. La Direction générale des douanes et droits indirects a, elle aussi, réalisé des contrôles entre le 15 septembre et le 15 novembre 2006 : 4 000 minimotos ont été réexportées, et 1 000 ont été reconnues comme dangereuses.

4. Les voies d'amélioration possibles

Dans son avis du 24 mai 2007, la CSC propose :

- l'interdiction de la circulation des minimotos sur la voie publique, réceptionnées ou non ;
- un renforcement des contrôles du marché et la prise en compte du développement des ventes via internet ;
- qu'aucune minimoto ne soit présentée comme étant destinée à être utilisée par un enfant ;
- que la directive 2002/24/CE soit complétée par des dispositions empêchant techniquement la réception des minimotos au titre du code de la route (hauteur minimale de selle, hauteur de guidon et de l'éclairage des deux roues…) ;
- que la future norme européenne contienne des prescriptions pour un assemblage convenable ; éviter les lésions ou les perforations ; mise en sécurité de la chaîne ; éviter que la béquille latérale ne touche le sol, notamment dans les virages ; que les repose-pieds soient équipés de ressorts de rappel pour retrouver leur position initiale ; qu'un coupe-circuit soit monté sur le guidon de préférence du côté gauche ; que les pneus soient adaptés à l'utilisation envisagée ; que l'engin soit livré monté et réglé.

Par ailleurs, une loi adoptée le 16 mai 2008 prévoit que :

- la vente des minimotos est interdite aux mineurs ;
- leur location et leur mise à disposition sont interdites aux mineurs de moins de 14 ans ;
- ces engins ne peuvent être utilisés que sur des terrains adaptés à leur pratique ;
- ces engins devront être munis d'une plaque portant un numéro d'identification.

Piscines privées

1. L'accidentologie et les risques encourus

En France, la noyade des jeunes enfants de moins de quatre ans en piscines privées constituait, il y a une dizaine d'années, une des premières causes de mortalité infantile par accident domestique. En effet, les données recueillies en 2000 par la Direction de la défense et de la sécurité civile faisaient état d'une centaine d'accidents de noyade d'enfants de moins de cinq ans en piscine privée, dont 32 décès d'enfants survenus sur place ou à l'hôpital. Six ans plus tard, alors que le parc français de piscines enterrées s'élevait à environ 800 000 bassins[1], l'InVS recensait 58 accidents de noyade d'enfants de moins de six ans dans des piscines enterrées à usage individuel ou collectif, dont 12 suivis de décès dans des piscines à usage individuel[2]. En outre, l'InVS mentionnait que 30 accidents de noyades étaient intervenus dans des piscines hors sol, au nombre de 447 000 à cette époque. L'accidentologie, en baisse eu égard à l'accroissement du nombre de piscines, ne doit pas faire oublier que la survenue des noyades dépend beaucoup des conditions météorologiques, le coefficient de corrélation entre les températures moyennes et les taux de noyade étant particulièrement élevé. Des pics de noyades ont ainsi pu être observés durant les deux épisodes caniculaires des années 2003 et 2006.

2. La situation législative, réglementaire et normative

La loi n° 2003-9 du 3 janvier 2003 relative à la sécurité des piscines impose que les piscines de plein air à usage individuel ou collectif, enterrées ou semi-enterrées, soient pourvues d'un dispositif de sécurité normalisé. Elle ne traite donc pas des piscines commercialisées hors sol, non couvertes, à usage privatif.

Le décret d'application n° 2003-1389 du 31 décembre 2003 prévoit que seuls des dispositifs de sécurité normalisés sont autorisés. Quatre normes fixant les exigences de sécurité d'équipements de protection ont été homologuées à ce jour : celles relatives aux barrières de sécurité (norme NF P90-306), aux couvertures (norme NF P90-308), aux abris (norme NF P90-309), et aux alarmes à détection d'immersion et périmétriques (norme NF P90-307).

Le décret d'application de la loi n° 2004-499 du 7 juin 2004 apporte une importante novation dans le dispositif puisqu'il prévoit que ces quatre produits de sécurité peuvent répondre à certaines exigences de sécurité limitativement énumérées et non plus aux seules normes précitées. Il y a donc contradiction entre l'obligation légale d'installer un dispositif normalisé et la possibilité ouverte par le décret d'installer un dispositif de sécurité conforme à des exigences de sécurité. La non-conformité entre la loi et le décret peut avoir deux conséquences :

- en cas d'accident, un propriétaire de piscine qui aurait respecté les dispositions du décret serait néanmoins susceptible de voir sa responsabilité mise en cause pour ne pas avoir respecté la loi ;
- le niveau de sécurité des produits peut être diminué dès lors que la rédaction du décret permet à certains

1. Source : Fédération des professionnels de la piscine.
2. Surveillance épidémiologique des noyades (1er juin-30 septembre 2006). Il s'agit des derniers chiffres officiels connus, l'enquête n'ayant pas été renouvelée en 2007.

professionnels de s'affranchir de l'obligation de soumettre leurs produits aux exigences de sécurité mentionnées dans les normes.

3. Les actions de prévention et les résultats obtenus

La CSC a rendu plusieurs avis portant sur la sécurité des piscines :

- 1999, avis relatif à la sécurité des piscines privées, recommandant notamment l'installation obligatoire de dispositifs de sécurité autour des piscines et auquel s'est référé l'exposé des motifs de la loi du 3 janvier 2003 sur la sécurité des piscines ;
- 2000, avis relatif à la sécurité des piscines hors sol ;
- 2003, avis relatif à la sécurité des « skimmers » de piscines, émis à la suite de cas d'aspiration de parties du corps d'un enfant et qui a conduit à l'élaboration d'une norme sur les systèmes d'aspiration de l'eau en piscines privées ;
- 2005, avis relatif aux systèmes d'alarme portatifs pour enfant, qui a conduit au lancement de travaux de normalisation sur ces dispositifs ;
- 2006, avis relatif à la sécurité des alarmes de piscine à détection d'immersion, émis à la suite de cas mortels liés au non-déclenchement d'une alarme et qui a conduit à des travaux d'amendement à la norme NF P 90-307 sur les alarmes de piscine, non achevés à ce jour ;
- 2007, avis relatif à la sécurité des couvertures de piscine, émis à la suite de cas d'effondrement de couvertures sous le poids d'eau de pluie et qui a également conduit à des travaux d'amendements à la norme NF P 90-308 sur les couvertures de piscine, non achevés à ce jour.

4. Les voies d'amélioration possibles

Trois voies d'amélioration de la sécurité des piscines sont proposées :

- en ce qui concerne la réglementation sur la prévention des noyades dans les piscines enterrées, rétablir la cohérence entre la loi du 3 janvier 2003 sur la sécurité des piscines et le décret du 7 juin 2004, qui devrait être abrogé, de sorte que, conformément à la loi du 3 janvier 2003, la conformité des dispositifs de sécurité aux normes constitue le seul moyen pour établir que la réglementation en vigueur est respectée ;
- en ce qui concerne les piscines commercialisées hors sol, non couvertes, à usage privatif qui n'entrent pas dans le champ d'application de la loi précitée, prendre un décret (code de la consommation) visant à définir les exigences essentielles de sécurité applicables à ces bassins et notamment la mise en place de dispositifs de prévention des noyades ;
- expertiser fin 2008 les exigences de sécurité fixées dans les normes NF P 90-307 sur les alarmes de piscine et NF P 90-308 sur les couvertures, afin de vérifier qu'elles remplissent bien la mission de prévention des noyades de jeunes enfants fixée par le législateur.

Quads

1. L'accidentologie et les risques encourus

L'InVS recense, sur les années 1999 à 2002, 64 accidents de quads ayant donné lieu à hospitalisation dans les services d'urgence de huit hôpitaux volontaires pour effectuer un recensement. Par ailleurs, une enquête menée durant le deuxième trimestre 2004 par la DGCCRF sur les conditions de location des quads recense 42 accidents depuis 2002, dont 6 mortels. Les accidents sont principalement dus à des sorties de routes, à des collisions entre plusieurs véhicules, à l'éjection du pilote ou au renversement de l'engin, aussi bien sur circuit que sur route ou sur terrain accidenté.

2. La situation législative, réglementaire et normative

Situation législative et réglementaire

En dehors de l'obligation générale de sécurité (article L. 221-1 du code de la consommation), qui s'applique au quad en tant que produit ou en tant que service (par exemple la location), les quads de sports-loisirs, dont les quads pour enfants, sont soumis à divers textes.

Concernant la fabrication des quads

Les quads relèvent du champ d'application de la directive européenne 98/37/CE du 22 juin 1998 (remplacée fin 1999 par la directive 2006/42/CE) dite directive « machines ». Selon son annexe 1 intitulée « Exigences essentielles de santé et de sécurité relatives à la conception et à la construction des machines », le constructeur d'un quad doit :

- procéder ou faire procéder à une analyse des risques ;
- appliquer les règles techniques de l'annexe I de l'article R. 233-84 du code du travail pour réduire et supprimer les risques dès la conception ;
- établir une déclaration de conformité, constituer et conserver un dossier indiquant les procédures mises en œuvre pour parvenir à la réalisation des règles techniques applicables à son produit ;
- apposer le marquage CE.

Concernant la circulation des quads

La loi nº 91-2 du 3 janvier 1991 relative à la circulation des véhicules terrestres dans les espaces naturels est applicable aux quads. Cette loi interdit aux véhicules à moteur de circuler en dehors des voies ouvertes à la circulation publique, que ces voies soient publiques ou privées.

Il existe néanmoins un certain nombre d'exceptions au principe, notamment :

- la loi soumet à autorisation préalable l'ouverture de terrains pour la pratique de sports motorisés (L. 442-1 du code de l'urbanisme) et les épreuves et compétitions de même nature ;
- les quads ne peuvent en principe circuler qu'à l'intérieur de propriétés privées. Ils doivent dès lors être remorqués pour y accéder.

Situation normative

Les fabricants japonais et nord-américains se soumettent aux spécifications techniques contenues dans un cahier des charges établi, en 1990, avec le Specialty Vehicule Institute of America (SVIA) et sous l'égide de l'American National Standards Institute (ANSI). Ce document est désigné sous le nom de « ANSI-SVIA-1-1990 ».

La Commission européenne a, pour sa part, donné mandat au CEN pour élaborer une norme européenne. Les travaux ont commencé en janvier 2008 avec, pour base de travail, les normes françaises, et doivent s'achever à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle directive « machines » fin 2009.

3. Les actions de prévention et les résultats obtenus

À la suite des deux avis rendus par la CSC les 13 septembre 2000 et 14 septembre 2006, deux normes expérimentales françaises, portant aussi bien sur les quads utilitaires que sur les quads de loisirs pour enfants (hors quads de compétition), ont été publiées :

- XP S 52-500 : Quads – Exigences de sécurité et méthodes d'essai ;
- XP S 52-511 : Quads – Prescriptions à l'attention du vendeur et de l'utilisateur de quad.

La loi adoptée le 16 mai 2008 prévoit que la vente des quads est interdite aux mineurs ; la location et la mise à disposition sont interdites aux mineurs de moins de 14 ans ; ces engins ne peuvent être utilisés que sur des terrains adaptés à leur pratique. En outre, ces engins devront être munis d'une plaque portant un numéro d'identification.

4. Les voies d'amélioration possibles

Il faut agir sur quatre domaines à la fois :

- les contrôles, en imposant un renforcement de ceux-ci, et une prise en compte du développement des ventes via internet ;
- les textes : la future norme européenne doit permettre de définir les exigences de sécurité spécifiques aux quads pour enfants : vitesse maximale des quads au regard de l'âge de leurs utilisateurs, étude de l'intérêt d'une modulation de la vitesse à des fins pédagogiques… Il s'agit de réglementer, entre autres, la pression à exercer sur les commandes, la prohibition de bords coupants et de mécanismes d'entraînement, la fiabilité du circuit de commande, la présence d'une position de fermeture du robinet du carburant, ou encore la limitation des températures extrêmes. Sera également défini le contenu d'une notice d'utilisation à remettre à tout acheteur d'un quad pour enfants, permettant d'aider les parents à évaluer l'aptitude physique et motrice de leur enfant à maîtriser un tel engin ;
- les fabricants et distributeurs devront : intégrer, dans leur conception des quads, les capacités réelles et prévisibles des enfants à les utiliser ; prendre toutes les dispositions pour éviter tout risque de blessure par contact avec des éléments de la machine ou des matériaux à température élevée ou très basse ; fournir des notices et des pictogrammes d'utilisation du quad en langue française comprenant des conseils spécifiques pour la pratique du

quad par les enfants (notamment un questionnaire permettant aux parents d'évaluer la capacité de leurs enfants à conduire un quad) ainsi que les adresses des organismes de formation, et y indiquer sans ambiguïté que la pratique du quad non homologué ne peut s'effectuer que sur des terrains privés ; favoriser la mise en place d'une formation des vendeurs et des loueurs pour qu'ils délivrent les conseils adaptés à la pratique du quad par les enfants ;

- Les parents ou les personnes responsables d'enfants utilisant un quad devront être sensibilisés sur les points suivants : ne pas se fier uniquement à l'âge minimum requis pour piloter le quad indiqué par le fabricant mais surtout veiller à s'assurer que, en pratique, leur enfant dispose bien des capacités et des compétences pour piloter un quad ; réclamer, au moment de l'achat du quad neuf ou d'occasion, tous les documents concernant l'engin (manuel du propriétaire, notice d'utilisation, etc.) ; faire suivre à l'enfant une formation préalable à la conduite du quad ; n'autoriser l'utilisation du quad que sur des terrains privés, sans transporter de passager, sauf spécifications particulières du fabricant, de ne pas permettre une utilisation du quad de nuit ou quand la visibilité est limitée ; faire porter à l'enfant des équipements de protection individuels (casque de moto, gants, lunettes de protection, chaussures montantes, vêtements non flottants pour éviter leur enroulement dans les parties tournantes de l'appareil).

Sports d'hiver

1. L'accidentologie et les risques encourus

Par son expansion spectaculaire au cours de ces dernières années, la pratique du ski est devenue un véritable phénomène de société. Cependant, les nombreuses activités de glisse, qu'il s'agisse du ski alpin (6,2 millions de pratiquants[3]), du snowboard (1,8 million), du miniski (520 000) sont source d'accidents, dont sont victimes tant les pratiquants isolés que les sportifs encadrés. Or, l'éparpillement des sources statistiques ne permet pas d'avoir une connaissance quantitative et qualitative satisfaisante et globale de l'ensemble des accidents.

Ainsi, si le Système national d'observation de la sécurité en montagne (SNOSM), placé sous l'autorité du Conseil supérieur des sports de montagne, a recensé durant la saison 2006/2007, 47 238 interventions des services de secours sur piste (dont 12 pour des décès d'origine traumatique), le réseau privé des médecins de montagne a dénombré 140 000 personnes prises en charge pour des traumatismes divers par les quelque 300 médecins qui exercent en stations.

Quant aux accidents liés à l'utilisation des remontées mécaniques, dont le recueil est effectué par le Service technique des remontées mécaniques et des transports guidés, leur nombre est inconnu, car les données ne sont pas rendues publiques. Ces chiffres de sources diverses et qui sont constants depuis une dizaine d'années sont considérables si l'on prend en compte les conséquences souvent invalidantes à long terme des accidents et la « consommation médicale » importante qu'ils provoquent.

L'InVS, comptabilisant 3 144 blessés admis au service des urgences de l'hôpital d'Annecy en 2004 et 2005, classe par extrapolation les accidents de sports d'hiver en troisième position derrière ceux provoqués par les sports d'équipe et les déplacements à vélo et en rollers dans l'analyse de la sinistralité sportive[4].

2. La situation législative, réglementaire et normative

Le maire de la commune sur le territoire de laquelle est implantée la piste de ski détient la responsabilité d'assurer, sur la piste comme ailleurs, la sûreté et la sécurité publiques. Or, dans 80% des cas, le maire concède l'exploitation des pistes de ski à l'entreprise exploitant le réseau de remontées mécaniques.

À ce titre, le concessionnaire a en charge l'aménagement, l'entretien, le balisage et la mise en sécurité des pistes ainsi qu'éventuellement l'apport de neige de culture. Or, la personne qui est agréée par voie d'arrêté par le maire comme responsable de la sécurité sur les domaines skiables de la commune et qui a autorité sur le service des pistes est précisément un salarié de la société de remontées mécaniques. L'acte d'agrément municipal lui confère ainsi une influence déterminante sur les décisions à prendre pour assurer la sécurité des pratiquants, par exemple l'ouverture ou la fermeture des pistes. Ainsi, les mesures prises par le directeur de la sécurité des pistes peuvent-elles être soumises à d'autres impératifs que de pure sécurité.

3. Nombre de pratiquants recensés par le réseau des médecins de montagne durant la saison 2006/2007.
4. Description et incidence des accidents de sport, enquête Epac 2004-2005.

La réglementation et la normalisation proprement dite des pistes ont, quant à elles, un champ d'application très limité, puisque :

- les arrêtés municipaux pris par les maires pour réglementer la sécurité sur les pistes se limitent à fixer des règles de bon sens et ne prescrivent aucune mesure opérationnelle de sécurité ;
- les normes homologuées par l'Afnor et portant sur la signalisation, le balisage des pistes de ski ainsi que les équipements (matelas et filets de protection), n'ont pas de caractère obligatoire pour les stations.

3. Les actions de prévention et les résultats obtenus

La CSC a émis, depuis 1999, huit avis portant sur les équipements de protection individuelle, les infrastructures et les différents matériels utilisés par les skieurs dans les sports d'hiver :

- avis relatif aux casques de ski pour enfants, de mars 1999, qui a été associé à une campagne télévisée ciblée initiée par la CSC sur le port du casque chez l'enfant avec le concours du champion olympique Jean-Luc Crétier ;
- avis relatif à la sécurité des pistes de ski, de décembre 1999 ;
- avis relatif aux appareils de recherche des victimes d'avalanches (Arva), de septembre 2000 ;
- avis relatif à la mise en sécurité des remontées mécaniques, de janvier 2004 ;
- avis relatif aux tapis roulants de neige, de décembre 2004 ;
- avis relatif à la sécurité des miniskis, de février 2005 ;
- avis relatif à la sécurité des luges pour enfants, de janvier 2006 ;
- avis relatif à la prévention des accidents de ski, d'octobre 2006.

Trois résultats ont été obtenus :

- une baisse significative des traumatismes crâniens chez l'enfant grâce à la généralisation du port du casque ;
- la sécurisation des tapis roulants de neige ;
- le développement des fixations à déclenchement pour les miniskis.

4. Les voies d'amélioration possibles

Quatre voies sont proposées :

- faire en sorte que les statistiques d'accidents de ski fassent l'objet d'une transparence rigoureuse quant à leurs méthodes de recueil et d'analyse, et qu'elles soient publiées. Il conviendrait notamment que soient pris en compte les accidents liés à l'utilisation des remontées mécaniques ainsi que les décès intervenant jusqu'à 30 jours après l'accident et non ceux des seules personnes tuées sur le coup. Une distinction devrait être faite entre blessés légers et blessés graves, et les accidents devraient être répartis selon l'âge et le sexe des victimes ;
- définir, par voie législative ou réglementaire, des exigences essentielles de sécurité relatives à la sécurité des pistes, notamment : surveillance de la piste par du personnel qualifié, obligation de pose d'équipements destinés à limiter les conséquences des collisions contre les obstacles naturels et artificiels (matelas de protection et filets) par des pisteurs-secouristes ayant reçu une formation adaptée ;
- renforcer l'indépendance des directeurs de la sécurité des pistes qui ne devraient plus relever que de la seule autorité du maire ;
- s'agissant des campagnes nationales de prévention des accidents de ski, privilégier des messages ciblés, visant par exemple les comportements à risques des jeunes skieurs ou le manque de préparation physique des adultes, sur des supports adaptés à ces publics.

Téléphonie mobile

1. Les craintes des consommateurs

Tumeur du cerveau, accélération du développement des cancers, échauffement, maux de tête, insomnie, perte de mémoire, cataracte, dérèglements du système immunitaire ou du fonctionnement des cellules… Ces menaces constituent un échantillon des effets qui ont été prêtés depuis quelques années aux téléphones cellulaires.

En juin 2007, la Commission européenne a publié les résultats d'un sondage d'opinion sur les risques potentiels liés aux champs électromagnétiques. Les eurocitoyens s'inquiètent d'abord au sujet des produits chimiques (64%), de la qualité des produits alimentaires, de l'air intérieur (51%) ou de l'eau potable (50%) bien avant les antennes relais (36%) et les téléphones mobiles (28%). Mais 45% des eurocitoyens pensent néanmoins que l'usage du téléphone mobile affecte leur santé dans une certaine mesure, et 28% estiment important son effet nocif. Plus de deux tiers des sondés savent que les téléphones portables (71%) et les antennes-relais (66%) provoquent des champs électromagnétiques et la grande majorité d'entre eux (80%) s'estime mal informée du dispositif de protection actuel, voire pas informé du tout.

2. La situation réglementaire

Deux types d'exposition sont potentiellement dangereux.

Les antennes émettrices.
La réglementation relative à la protection du public contre les champs électromagnétiques s'appuie sur le décret n° 2002-775 du 3 mai 2002 qui a transposé dans la réglementation française la recommandation européenne 1999/519/CE du 12 juillet 1999 relative à la limitation de l'exposition du public aux champs électromagnétiques (de 0 Hz à 300 GHz). L'application de cette recommandation définit, pour les antennes de base dans le cas de la téléphonie mobile, des valeurs d'exposition qui ne doivent pas être dépassées en fonction des différents services radioélectriques et des fréquences considérées :

Service	Bande (MHz)	Valeur limite ($V.m^{-1}$)
Radio FM	100	28
Télévision	600	34
GSM 900	900	41
GSM 1 800	1 800	58
UMTS	2 000	61

Ces niveaux maximums ne peuvent se rencontrer qu'à proximité immédiate des antennes émettrices, et leur valeur décroît très rapidement avec la distance.

Les téléphones eux-mêmes.
Pour ce qui concerne le combiné du téléphone mobile, on est amené à définir un indicateur valable pour ce qu'il est commun d'appeler « champ proche ». Deux arrêtés réglementent les émissions radioélectriques en « champ proche ».

Le premier arrêté du 8 octobre 2003 fixe les spécifications techniques applicables aux équipements terminaux radioélectriques, c'est-à-dire la valeur maximale admissible du DAS (« taux d'absorption massique », qui représente la puissance absorbée par unité de masse) pour que les équipements terminaux radioélectriques puissent être mis en service. Pour les appareils destinés aux consommateurs, qui ont des fréquences comprises entre 10 kHz et 10 GHz, la valeur limite est de 2 W/kg. Tous les appareils vendus aux consommateurs sont donc supposés respecter la valeur limite correspondante et donc ne pas présenter de danger pour l'utilisateur. La réglementation actuelle mondiale (ICNIRP) considère que les appareils ayant une puissance d'émission inférieure à 20 MW ne peuvent pas présenter de danger pour l'utilisateur.

Un second arrêté, du 8 octobre 2003 relatif à l'information des consommateurs sur les équipements terminaux radioélectriques, pris en application de l'article R. 20-10 du code des postes et télécommunications, définit le champ d'application et la teneur de l'information délivrée au consommateur.

3. Les actions déjà entreprises

Des études scientifiques ont été et sont entreprises au niveau international sur les actions possibles des ondes électromagnétiques sur le vivant. Une grande part de ces études est réalisée sous l'égide d'organisations internationales reconnues, comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Grâce à son projet EMF (ElectroMagnetic Fields), l'OMS a élaboré un programme d'étude de la littérature scientifique sur les fréquences électromagnétiques, afin d'évaluer les effets sur la santé de l'exposition à des fréquences allant de 0 à 300 GHz. Le Centre international de recherche sur le cancer (Circ), institution spécialisée de l'OMS, procède actuellement à un travail sur le risque de cancer imputable aux champs de radiofréquences. Le projet international EMF fera ensuite l'objet d'une évaluation générale des risques pour les champs de radiofréquences en 2007-2008, (*voir thèmes de santé : téléphonie cellulaire sur who.int/fr/*).

Le Circ (*iarc.fr*) coordonne également une étude épidémiologique, « Interphone », dont l'objectif est d'étudier s'il existe une relation entre l'usage du téléphone mobile et les tumeurs de la tête. Des travaux sont menés dans 13 pays participants, dont la France. La Fondation Santé & Radiofréquences (*sante-radiofrequences.org*), qui dispose d'un budget financé pour moitié par l'État et pour moitié par les industriels, est une fondation de recherche, reconnue d'utilité publique. Elle se veut la contribution française à l'effort international de recherche sur les effets des ondes radio sur la santé.

D'autres actions concernent l'information des utilisateurs. Le ministère de la Santé (*sante.gouv.fr, thème : téléphones mobiles, leurs stations de base et la santé*) édite une plaquette « Téléphones mobiles, santé & sécurité », en cours de diffusion. La fondation Santé & Radiofréquences a mis en place une exposition itinérante destinée aux élus et aux associations, ainsi qu'aux classes de primaire accompagnées de leurs professeurs. Certains opérateurs éditent aussi des plaquettes abondamment illustrées qui tentent d'apporter des réponses en termes simples et clairs. Enfin, différentes associations qui militent activement pour la défense du consommateur font une large application du principe qu'elles qualifient elles-mêmes de « précaution ».

4. Les voies d'amélioration possibles

Si aucune étude épidémiologique n'a permis de mettre en évidence un risque sanitaire avéré inhérent à l'utilisation des téléphones portables, le doute subsiste et des études de vérification restent à mener.

D'ores et déjà, certains travaux font ressortir des modifications concernant la sécrétion de la mélatonine, le profil de l'électroencéphalogramme, le métabolisme de l'acétylcholine, la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique, le cycle nycthéméral, les enzymes hypophysaires, chez l'animal et parfois chez l'homme, sans que ces modifications ne conduisent pour l'instant à des effets « délétères ».

Il convient toutefois de rester très vigilant sur le respect des textes réglementaires encadrant l'utilisation de la téléphonie mobile et sur les contrôles des pouvoirs publics sur la conformité des antennes de base et des téléphones portables à la réglementation.

Les fabricants et les opérateurs doivent poursuivre les recherches afin d'améliorer les paramètres de la communication entre combiné et antenne, d'une part, et dans le souci de communiquer de manière compréhensible et claire ces paramètres pour que l'utilisateur soit à même de maîtriser la performance de son appareil, d'autre part. Ce travail devrait être mené en étroite concertation avec les organismes de normalisation.

Les pouvoirs publics français et européen doivent entreprendre des campagnes « inopinées » de mesure du DAS, comme le fait déjà en France, mais de manière trop limitée, l'ANFR (Agence nationale des fréquences, agence publique), afin de s'assurer que tous les appareils commercialisés, quel que soit le lieu ou le mode de vente, sont bien conformes aux prescriptions de sécurité.

En parallèle, l'effort de communication en direction du grand public sur les effets de l'exposition aux rayonnements électromagnétiques lors de l'utilisation de tous les types de terminaux radioélectriques (DECT, écoute-bébé, bluetooth…), ainsi que des nouvelles technologies sans fil, doit être intensifié.

Tondeuses à gazon

1. L'accidentologie et les risques encourus

Selon des données issues de l'enquête sur les accidents de la vie courante de l'InVS (enquête Epac), 228 accidents liés à une tondeuse à gazon ont été recensés de 1999 à 2001. 60% d'entre eux ont touché des personnes âgées de 35 à 70 ans et 29% ont donné lieu à une hospitalisation. Ces accidents sont graves et concernent l'utilisateur ou un enfant ou une autre personne se trouvant aux abords.

Les accidents de tondeuse sont plutôt des chocs, chutes, coupures, brûlures, etc. dus aux caractéristiques techniques du produit et aux erreurs commises lors du montage et de l'utilisation.

2. La situation législative, réglementaire et normative

Tout comme pour les échafaudages, en l'absence de toute réglementation nationale spécifique, l'obligation générale de sécurité (article L. 221-1 du code de la consommation) ainsi que la directive européenne 2001/95/CE du 3 décembre 2001 sur la sécurité générale des produits s'appliquent également aux tondeuses à gazon.

Les tondeuses à gazon sont, par ailleurs, soumises à des directives européennes :

- la directive 98/37/CE, « directive machines », fixe les exigences essentielles de sécurité pour l'ensemble des machines ;
- la directive 89/336/CEE, « directive compatibilité électromagnétique » ;
- la directive 73/23/CEE, « directive basse tension » ;
- la directive 2000/14/CE, « directive émissions sonores des matériels utilisés à l'extérieur des bâtiments ».

3. Les actions de prévention et les résultats obtenus

Les directives citées, dites « nouvelle approche », fixent des objectifs généraux de sécurité mais ne traitent pas des spécifications techniques, rôle des normes dites harmonisées.

La procédure applicable aux tondeuses dans le cadre de la directive « machines » est celle de l'autocertification : le fabricant certifie lui-même la conformité de son produit aux exigences de la directive.

Les produits commercialisés pour un usage domestique sont contrôlés en magasin par la DGCCRF.

4. Les voies d'amélioration possibles

Il existe encore des lacunes en matière d'épidémiologie de ce type d'accidents. Il est donc important de combler ces manques, et de recenser les accidents liés aux tondeuses. En identifier précisément les causes permettra d'avancer efficacement des mesures de prévention.

Au-delà d'une nécessaire amélioration du recueil et de l'analyse des données, un certain nombre de recommandations sont avancées :

- il faut imposer aux fabricants de livrer toutes les tondeuses montées et équipées d'un dispositif d'arrêt du moteur sans intervention sur la bougie ;
- les fabricants doivent concevoir une notice simple avec dessin et pictogrammes expliquant le démarrage et l'arrêt du moteur, et fixant un âge minimal de l'utilisateur ;
- les utilisateurs doivent respecter absolument les consignes de sécurité :
  * porter les protections recommandées ;
  * éloigner les enfants et les animaux domestiques ;
  * ne jamais laisser un enfant manier la tondeuse ;
  * lors du nettoyage ou du débourrage, couper l'alimentation qui fait tourner les lames ;
  * ne pas utiliser la tondeuse sur un terrain en pente.

19 CONTRIBUTIONS D'ACTEURS DE LA PRÉVENTION

Association de parents d'enfants accidentés par strangulation (APEAS)

Association des accidentés de la vie (FNATH)

Association française de normalisation (Afnor)

Association Léo-Lagrange pour la défense des consommateurs (ALLDC)

Association pour l'information et la défense des consommateurs-salariés CGT (Indecosa-CGT)

Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf)

Calyxis Pôle d'expertise du risque

CHU Necker-Enfants malades

Collectif Génération glisse protection

Confédération nationale des associations familiales catholiques (CNAFC)

Confédération syndicale des familles (CSF)

Consommation, logement et cadre de vie (CLCV)

Familles de France

Groupe de réflexion sur la sécurité électrique dans le logement (Gresel)

Groupement des entreprises mutuelles d'assurance – Prévention (Gema-Prévention)

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Institut de veille sanitaire (InVS)

Union fédérale des consommateurs – Que choisir (UFC-Que Choisir)

Union féminine civique et sociale (UFCS)

APEAS

Association de parents d'enfants accidentés par strangulation (jeudufoulard.com)

Françoise Cochet, *présidente*

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

Il est grand temps d'accorder une plus large place à la prévention des accidents de la vie courante. Parmi ces accidents figurent depuis des lustres, ceux qui ont été déclarés en tant que tels – car aucune explication n'avait pu être envisagée par méconnaissance du phénomène – et qui concernent les décès ou handicaps plus ou moins lourds, consécutifs à des « jeux d'évanouissement » largement répandus chez les enfants, adolescents et jeunes adultes. Ces « jeux » consistent à contrarier les systèmes respiratoire et circulatoire cérébraux par diverses manipulations au niveau du sternum ou du cou, le plus souvent après une hyperventilation, entraînant une syncope expérimentale, parfois renouvelée plusieurs fois par jour. Le désir d'explorer cet état de conscience amène certains jeunes à pratiquer en solitaire. Le moyen utilisé est alors un lien, enroulé autour du cou et relié à un support, parfois formant une boucle dans laquelle seul le haut du larynx est engagé. Les risques encourus vont de la destruction des cellules cérébrales par hypoxie à la mort par arrêt cardiaque ou par anoxie.

Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?

Le silence observé pendant des décennies n'a pas enrayé la transmission de telles pratiques d'une génération à l'autre, les conséquences dramatiques n'ont pas été dévoilées aux jeunes, avides de pratiquer des « expérimentations amusantes » proposées « en toute innocence ».

En octobre 2000, l'existence de cette dangereuse activité a été dévoilée pour la première fois au grand public par un article du *Figaro* (18 octobre 2000). Une circulaire ministérielle a été envoyée à l'ensemble des recteurs d'académie le 23 octobre 2000 (sous administration Jack Lang). Une deuxième circulaire date du 9 octobre 2003 (sous administration Xavier Darcos). Une troisième date de juin 2007 (idem). Les ministères de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, de la Justice et de l'Intérieur ont été interpellés ; plusieurs questions ouvertes ont été posées par certains sénateurs et députés. Aujourd'hui, bien que l'APEAS ait mis à disposition des documents d'information et des méthodes de prévention qui se sont révélés efficaces, le message n'a pas atteint l'ensemble des familles, des professionnels, des établissements scolaires ou périscolaires. Il y a encore des gens cultivés qui ignorent l'existence du « jeu du foulard ». Les politiques menées jusqu'à présent n'ont pas conduit à une réelle prise en charge de cette pratique par les institutions : à ce jour, elle est encore « tabou » et tue chaque jour en France et ailleurs dans le monde des enfants et des adolescents.

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

Les actions prioritaires à engager sont la formation des professionnels de prévention, l'information des adultes (parents et éducateurs, personnels de santé et de l'enfance), et la prévention auprès de la jeunesse. Il faut signaler à l'attention du consommateur l'utilisation fréquente, par les adeptes de cette pratique, du barreau supérieur de l'échelle des lits superposés, des tringles de penderie et des poignées de porte ou de fenêtre. La présence d'un lien dans un endroit inhabituel doit poser question et susciter un véritable dialogue, les jeunes ayant facilement réponse à tout. La surveillance des enfants dans une aire de jeux de type agrès avec cordes devrait être particulièrement attentive. Certains livres pour enfants sont malheureusement incitatifs, et

devraient être supprimés des bibliothèques familiales ou publiques, *Jouer des pieds à la tête* et *Jeux zen* (Nathan), *L'Île du roi lézard* (Collection « Un livre dont vous êtes le héros », Folio Junior), *Nœuds malins* (Casterman). Des objets dangereux, tels les « yoyo gluants » qui avaient été interdits, ont parfois été retrouvés sur le marché, d'où il serait plus qu'avisé de les retirer.

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

L'APEAS, qui assume la prévention avec ses moyens associatifs, souhaite vivement convaincre les pouvoirs publics de mettre sur pied une véritable campagne et d'engager une recherche de santé publique sur un fléau qui touche l'ensemble des pays européens, mais aussi les États-Unis, le Canada, le Mexique, l'Égypte, l'Inde.

FNATH

Association des accidentés de la vie (fnath.org)

Arnaud de Broca, *secrétaire général*

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

D'une manière générale, dans notre pays, la prévention reste le parent pauvre de la santé publique. Il en est donc malheureusement fort logiquement de même pour les accidents de la vie courante. Pourtant dans ce domaine, et peut-être plus que dans d'autres, la prévention permettrait sans nul doute de limiter les accidents, ainsi que leurs effets en termes de décès, de handicap et au bout du compte de conséquences sur la vie familiale et socioprofessionnelle de milliers de personnes. Il est donc indispensable que la prévention des accidents de la vie courante devienne une grande cause nationale, et qu'au-delà des activités de quelques associations ou structures, elle intéresse notre pays dans son ensemble.

Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?

La prise de conscience de cet enjeu me semble très tardive, et les politiques publiques sur le sujet s'en ressentent. Cela ne fait pas très longtemps que de grandes campagnes d'information et de sensibilisation sont menées sur la question des accidents de la vie courante, mais la plupart du temps elles se sont faites en dehors de l'appui des gouvernements. Les documents élaborés par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé sont souvent de grande qualité, clairs et faciles d'utilisation, mais on peut regretter qu'ils ne soient pas davantage diffusés. Les politiques en la matière nous semblent donc trop timides, pas assez ambitieuses et exigeantes. Même si les mesures n'ont bien évidemment rien à voir, nous aimerions voir en ce domaine la même volonté politique et nationale que pour la prévention des accidents de la route.

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

Plusieurs actions devraient être menées. Il nous semble tout d'abord que nous devrions améliorer dans notre pays la connaissance, notamment en termes de nombre et de répartition, des accidents de la vie courante. Si des progrès notables ont été réalisés ces dernières années, il faut aller encore plus loin. Il est indispensable qu'un véritable outil de recueil de données puisse être mis sur pied. Cela peut prendre du temps, mais il est indispensable que cet outil existe et que nous puissions enfin bénéficier de chiffres solides et fiables, qui permettront de délimiter de manière plus précise le champ des actions devant être menées. Au-delà, nous devons engager les responsables politiques à s'impliquer pleinement dans ce domaine afin d'affirmer clairement qu'il n'est pas normal qu'autant d'accidents évitables aient encore lieu chaque jour dans la vie courante.

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

La FNATH croit beaucoup en la vertu de l'exemple. C'est pourquoi elle développe tout au long de l'année des actions de prévention, que ce soit dans les écoles ou dans les maisons de retraite, comme des journées d'information et de débat à partir de l'expérience de personnes directement concernées. Nous continuerons donc à mener ces actions de prévention, mais aussi à participer autant que possible à cette prise de conscience indispensable des politiques et du grand public.

Afnor

Association française de normalisation (afnor.org)

Olivier Peyrat, *directeur général*

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

La prévention des accidents doit rester une priorité de la politique de protection des consommateurs. Si de nombreuses avancées ont été réalisées dans ces domaines, les facteurs conditionnant l'environnement de la consommation en France ont profondément évolué ces dernières années. Parmi les évolutions les plus significatives, il convient de noter l'apparition permanente de nouvelles offres de produits intégrant souvent de nouvelles technologies ; le développement de loisirs à risques ; le développement des services ; le développement des achats sur Internet ; le vieillissement de la population ; la mondialisation des échanges ; les difficultés de contrôle des produits et des services sur le marché ; ou encore la perte de professionnalisme de certaines professions, ainsi qu'une difficulté à transmettre les savoirs et les comportements à moindres risques au sein de notre société. Toutes ces évolutions du contexte constituent autant d'éléments de déstabilisation, de changement de pratiques ou de repères qui justifient de maintenir une politique forte de prévention des accidents. Cette politique devra par contre évoluer, notamment en ce qui concerne la place et le rôle de chacun des acteurs et des outils contribuant à la prévention des accidents de la vie courante. Il faut rechercher une meilleure synergie et une meilleure complémentarité entre les acteurs et les outils disponibles. Ainsi, le recours plus systématique et de façon homogène à des outils comme la normalisation, la codification collective et volontaire de bonnes pratiques, et la certification devrait être encouragé. Bien gérés, ces outils permettent de venir en appui ou en complément à la réglementation.

Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?

La puissance publique et les partenaires ont mené depuis de nombreuses années des politiques très actives de prévention des accidents et ont fortement contribué à l'amélioration de la sécurité des produits ainsi qu'à une sensibilisation de beaucoup d'acteurs. Ainsi de nombreuses réglementations européennes ou nationales : directive générale sécurité des produits (DGSP), directives sectorielles : jouets, équipements de protection individuelle (EPI), et des actions normatives variées ont été mises en œuvre avec l'appui de la DGCCRF ou de la CSC.

Au niveau français, à titre d'exemples, des initiatives comme les décrets sur les articles de puériculture et sur les buts mobiles contribuent à prévenir les accidents. De tels dispositifs de nouvelle approche à la française, fixant dans le cadre réglementaire des exigences essentielles de sécurité et renvoyant à la normalisation le soin de codifier les bonnes pratiques, devraient être plus développés. Citons cet autre exemple : fin 2007, les deux normes relatives à l'entretien des chaudières, dans lesquelles la détection du monoxyde de carbone a été ajoutée à la liste des contrôles à effectuer, devraient également contribuer à réduire le nombre d'accidents mortels et les séquelles graves. En parallèle, les campagnes de sensibilisation se sont accrues et ont fait passer auprès de cibles variées les préoccupations de prévention. Cette politique de communication doit être poursuivie sans relâche.

Au-delà de réussites appréciables – comme la quasi-généralisation du port du casque –, il est néanmoins nécessaire de faire le constat que les politiques menées encore aujourd'hui tiennent insuffisamment compte du

nouveau contexte dans lequel doivent être inscrites les politiques publiques. Ainsi, trop de textes sont encore produits selon des approches sectorielles et parfois très disparates sans qu'il existe réellement les moyens d'en assurer les adaptations régulières aux besoins, et sans qu'existent les moyens d'en contrôler la bonne application sur le terrain. Par ailleurs, la prise en compte des conséquences, liées à l'internationalisation des échanges ou encore à la fixation des règles de sécurité, semble insuffisamment perçue.

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

Tout en maintenant une forte orientation politique en matière de communication et de sensibilisation, une réflexion devrait être engagée pour optimiser le rôle et les moyens des différents acteurs contribuant à la prévention d'accidents.

Parmi les réflexions prioritaires à mener : une coordination accrue des actions entreprises par les nombreux ministères – la grande diversité des ministères concernés de près ou de loin par les questions de prévention des accidents rend difficile la coordination des actions mais surtout la mobilisation nécessaire afin de réduire les accidents. Certains thèmes peuvent être totalement marginaux par rapport aux priorités d'un ministère ; une optimisation des complémentarités entre réglementation et normalisation et un recours accru à cette dernière ; un accroissement des mesures de contrôle avec un recours accru aux contrôles mis en œuvre dans des démarches de certification.

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

Afnor souhaite poursuivre son investissement dans le domaine de la normalisation et de la certification afin de maintenir le niveau de sécurité et de contrôle des produits indispensable pour réduire les accidents, particulièrement dans les nouvelles activités à risques. Afnor est disponible pour étudier les possibilités d'une nouvelle approche réglementaire à la française dans ce domaine. D'une façon plus sectorielle, Afnor est prête à participer à la mise en place d'actions de prévention dans des domaines nouveaux tels que ceux de liés au vieillissement de la population, aux développements des services (la location, par exemple), aux conséquences des achats de produits sur internet, ou encore à l'usage croissant de produits professionnels par les particuliers ou à toute autre activité jugée prioritaire.

ALLDC

Association Léo-Lagrange pour la défense des consommateurs (leolagrange-conso.org)

Marc Lagae, *président*

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

Vu le nombre d'accidents de la vie courante touchant les personnes les plus fragiles, la prévention doit être une priorité. Il faut d'abord définir de manière claire le périmètre des accidents de la vie courante, se doter de moyens pour recenser efficacement ces accidents, leur cause et les catégories de victimes. Ainsi, des actions de sensibilisation, par type de population, pourront être menées. Des moyens financiers pour mener à bien ces campagnes de sensibilisation devront être trouvés, et des partenariats sont à rechercher pour toucher le plus grand nombre de personnes, et particulièrement les plus fragiles (enfants, personnes âgées, porteuses d'un handicap…).

Parmi ces partenaires, relevons l'Éducation nationale, mais aussi les mouvements d'éducation populaire, les associations, les structures accueillant des personnes âgées, etc. Par ailleurs, ces projets devront inclure l'intervention de professionnels compétents et formés. Nous pensons qu'une bonne sensibilisation passe forcément par la formation des personnes tout au long de leur vie (à l'école, au centre d'animation, en camps de vacances, au lycée, à l'université, au travail…). Enfin, les professionnels (marques, enseignes) devraient également être associés à ces campagnes de sensibilisation (magasins de bricolage, fabricants de piscines, fabricants d'équipements en sports et loisirs, par exemple), mais aussi les pouvoirs publics.

Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?

Les actions menées jusqu'à présent dans ce secteur sont positives, car bien relayées par les médias. Cependant, nous considérons qu'elles sont trop ponctuelles. Une fois diffusé, le message est aussitôt oublié. La communication à elle seule ne peut suffire pour des actions de prévention efficaces. Celles-ci doivent, selon nous, être complétées par des actions éducatives visant à prévenir les accidents de la vie courante. L'affichage dans les lieux d'accueil du public pourrait être un moyen de communication profitable, la création d'outils pédagogiques également. Toutes ces actions sont, d'après nous, complémentaires.

Quelles actions prioritaires devraient être menées ?

Travailler en partenariat pour l'élaboration d'outils efficaces visant à former des relais éducatifs sur l'ensemble du territoire ; rendre systématique l'éducation sur ces sujets ; associer les professionnels dans l'élaboration de ces outils pédagogiques, et cibler efficacement la population destinataire des messages ; enfin, trouver des moyens pour pérenniser les actions dans le temps.

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

L'ALLDC est membre de la fédération nationale Léo-Lagrange, qui forme chaque année entre 10 000 et 15 000 animateurs et directeurs de centres de vacances et de loisirs. Nous pourrions créer des outils pédagogiques sur ce thème de la prévention des accidents de la vie courante à utiliser par nos structures qui forment les animateurs et les directeurs. D'autres outils pourraient par ailleurs être créés à destination du public final accueilli dans nos structures (associations de jeunes, maisons de quartier, CLSH, centres sociaux…).

Indecosa-CGT

Association pour l'information et la défense des consommateurs-salariés CGT (indecosa.cgt.fr)

Arnaud Faucon, *secrétaire national*

Pour l'association de défense des consommateurs Indecosa-CGT, la prévention des accidents de la vie courante doit être reconnue au même titre que les grandes campagnes de prévention nationale. En effet, dans certains cas, ces accidents prennent des proportions considérables. Par exemple, l'ostéoporose chez les personnes âgées, c'est chaque année environ 35 000 fractures du poignet, 40 000 à 70 000 fractures vertébrales, 50 000 fractures du col du fémur (20% de mortalité chez les femmes de plus de cinquante ans).

Notre regard est critique parce qu'il n'y a pas assez d'interaction entre les associations, le secteur sanitaire et social et les pouvoirs publics dans ce domaine. De plus, les budgets et le suivi des actions ne sont pas toujours au rendez-vous.

Actuellement, nous sommes en pleine réflexion sur l'autonomie des personnes âgées, notamment sur la prévention des chutes. Aujourd'hui, les conditions de vie de nos aînés changent, il est donc indispensable de s'adapter pour répondre aux nouveaux besoins. Le maintien à domicile permet d'avoir une vie sociale à part entière, mais il implique aussi des risques lorsque le logement n'est pas adapté.

Nous souhaitons travailler à une exposition sur la prévention des chutes dans le logement, avec des conseils d'aménagement du logement, et entamer des miniconférences auprès des associations de retraités ou des employés de maison.

Cnaf

Caisse nationale des allocations familiales (cnaf.fr)

Jean-Louis Deroussen, *président du conseil d'administration*

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

Les accidents de la vie courante interviennent là où, le plus souvent, nous pensons être en sécurité : à la maison, à l'école, sur un terrain de jeux. Chaque année, on dénombre près de 11 millions d'accidents. Et 80% de ces accidents frappent des enfants de moins de quatre ans. Plus exposés, plus fragiles, ils sont davantage touchés.

Comment, au regard de ces chiffres accablants, ne pas plaider pour que, sous l'impulsion des pouvoirs publics, la prévention des accidents de vie courante devienne une priorité nationale ? Outre un enjeu de santé publique majeur, la politique de prévention en la matière constitue une préoccupation essentielle et primordiale au regard du développement des enfants et de l'équilibre de la vie familiale.

Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?

Des progrès significatifs ont été réalisés, ces dernières années, en matière de normes de sécurité comme, par exemple, pour les bouchons de sécurité des produits ménagers ou pour les prises électriques empêchant les enfants de s'électrocuter. Mais au-delà des normes, il faut mieux informer sur les conditions strictes d'utilisation des jouets, des équipements domestiques, des articles de puériculture notamment, ainsi que sur les risques encourus, particulièrement par les enfants, si l'on déroge à ces exigences de sécurité.
Les campagnes de sécurité routière, de lutte contre le tabagisme et contre l'alcoolisme ou d'information sur le sida ont bénéficié d'une couverture médiatique importante et ont permis de réelles avancées en matière de prévention. Faisons de même avec les accidents de la vie courante. D'autant que de très nombreux accidents pourraient encore être évités au moyen d'informations et de conseils sur la sécurité au domicile des familles.

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

En complément d'une campagne médiatique, des actions d'information et d'animation spécifiques pourraient être organisées auprès des parents et des enfants pour qu'ils prennent davantage conscience des risques les plus fréquemment rencontrés (chutes, brûlures, électrocutions, étouffements ou asphyxies, noyades, intoxications…) dans leurs lieux de vie (cuisine, salle de bains, garage, jardin, piscine, etc.).

Cette sensibilisation pour prévenir les accidents pourrait être proposée dès le plus jeune âge dans les crèches, les haltes-garderies, les consultations de PMI, les écoles maternelles, puis dans les centres sociaux, les accueils de loisirs, les écoles primaires et les collèges. Dans ce sens, les enseignants, les personnels des établissements et services d'accueil du jeune enfant, les travailleurs sociaux, doivent eux aussi être davantage sensibilisés. Dans le cadre de leur formation professionnelle initiale et continue, des modules de « prévention des accidents de la vie courante » doivent être proposés.

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre en ce domaine ?

Pour répondre aux attentes des familles, la branche Famille finance la création et le fonctionnement de structures et de services où les parents peuvent être accompagnés dans leur vie quotidienne afin de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle et de favoriser l'épanouissement des enfants.

La prévention des accidents de la vie courante n'entre pas directement dans le champ de compétence de la branche Famille. Mais, les CAF participent à cette démarche par l'action de leurs travailleurs sociaux, notamment les techniciens de l'intervention sociale et familiale et les conseillers en économie sociale et familiale qui peuvent prévenir des situations à risques en prodiguant des conseils aux parents.

Nous gagnerions tous à développer des partenariats entre les différents acteurs concernés par cette problématique, dont la CSC et l'INPES, afin d'optimiser la diffusion des bonnes informations et des bonnes pratiques de prévention auprès des professionnels et des familles. Nous y gagnerions tous, à commencer par les enfants !

Calyxis

Pôle d'expertise du risque (cepr.fr)

Catherine Sztal-Kutas, *directrice générale*

Quelle place accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

Sur la route, le nombre de vies sauvées en trente ans a spectaculairement diminué dès lors que la sécurité routière a été proclamée grande cause nationale. Les acteurs gouvernementaux, les entreprises privées, les structures de terrain et les associations ont travaillé ensemble. Les moyens financiers et humains nécessaires ont été engagés. Même si ce schéma n'est pas idéal, on peut se féliciter du résultat et espérer un même engagement pour les accidents de la vie courante. L'objectif est le même : diminuer la mortalité (près de 50 décès par jour). Il s'agit bien d'un enjeu de santé publique et, pourquoi pas, d'une grande cause nationale.

Quel regard porter sur les politiques menées jusqu'à présent ?

On déplore la faiblesse des moyens financiers alloués à la réduction des accidents domestiques et au-delà, on regrette la méconnaissance et le manque d'intérêt des acteurs politiques pour le sujet. Les actions ministérielles sont peu nombreuses et souvent engagées en ordre dispersé. Enfin, les actions de terrain réalisées par les associations sont peu visibles, peut-être par manque de moyens mais souvent par l'absence de relais au niveau national. Leur travail est souvent mal valorisé, voire parfois décrédibilisé, par les ministères.

Quelles actions prioritaires devraient être menées ?

Le vote de la loi obligeant la pose de détecteurs de fumée dans l'habitat individuel est une priorité. Elle permettrait de diminuer significativement le nombre de morts par incendie domestique (en référence aux pays européens ayant adopté une loi similaire). En parallèle de cette loi, une grande campagne d'information des populations (avec relais de terrain efficaces) sur l'intérêt du dispositif, les conditions de son installation et de son entretien, est indispensable.

Enfin, coordonner les actions et les acteurs (privés et publics) pour fédérer les initiatives et renforcer les moyens humains, financiers et techniques assurerait la cohérence et l'efficacité. Pour cela, la création d'une nouvelle structure ou entité n'est pas utile. Il est en revanche nécessaire de désigner une structure de référence coordonnatrice au niveau ministériel (une tête de réseau) et de lui donner les moyens de travailler. Elle aurait en charge de valider les informations et de les compiler, de commander des études pour fiabiliser les informations utiles aux décideurs et de les diffuser.

Quelles sont les initiatives prises dans le domaine ?

La mise en place d'un Observatoire des accidents de la vie courante, outil qui réunit des structures privées et publiques au sein d'une entité experte commune, l'association Calyxis. Il s'agit de l'enregistrement et de l'analyse des principaux accidents de la vie courante, issus des déclarations de sinistre recueillies par les mutuelles d'assurance (Macif, Maif et Maaf), déclarations que ces structures ont accepté de mettre en commun au service de la prévention. La connaissance de ces données en continu et la possibilité de mener des études longitudinales doivent permettre d'orienter les décisions prises (cela tout autant par les ministères, par les assureurs eux-mêmes, les associations de prévention ou tout autre acteur privé œuvrant dans le domaine). L'Observatoire des accidents de la vie courante a pour objectifs d'accroître et de partager la connaissance des accidents de la vie courante, c'est-à-dire suivre en permanence les évolutions, faciliter les études générales

ou détaillées, et apprécier les tendances. Il s'agit de faciliter l'accès à la connaissance par un outil fiable pour expertiser, réglementer, communiquer et prévenir les accidents de la vie courante.

La mise en place d'un portail internet unique présentant les initiatives en matière de risque à la personne : les initiatives de terrain sont souvent efficaces mais trop mal connues ou difficilement identifiées ; les actions nationales sont parfois mal relayées. Ainsi, la presse, les professionnels, le grand public trouveraient sur ce site toute l'actualité du domaine : tant en termes d'évènementiel que de message de communication ou encore de publication.

La mise en place d'une certification des personnes intervenant dans l'habitat : Calyxis va délivrer une certification (examen de validation des acquis d'expertise) permettant de valider les compétences des professionnels réalisant des diagnostics « sécurité » dans l'habitat individuel. Pour une meilleure efficacité, il est nécessaire que ces professionnels s'appuient sur des référentiels pertinents afin de permettre aux familles de mettre en place des mesures de prévention adaptées et efficaces.

CHU Necker-Enfants malades
(Assistance publique Hôpitaux de Paris)

Dr Philippe Meyer, *praticien responsable de l'unité de réanimation et de soins continus chirurgicaux pédiatriques*

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

Les traumatismes demeurent, dans les pays développés, la première cause de mortalité et de handicaps chez les enfants de plus d'un an. Les accidents de la vie courante sont, particulièrement chez les enfants d'âge préscolaire, les causes les plus fréquentes de ces traumatismes graves. L'extrême diversité des mécanismes accidentels, regroupés sous le terme général d'accidents de la vie courante, rend l'élaboration d'une politique globale de prévention difficile. Seule une analyse précise des données épidémiologiques permet d'identifier des risques spécifiques à chaque mécanisme accidentel, et de proposer des mesures de prévention active adaptée. Il apparaît évident que, en prenant deux exemples extrêmes, l'obligation de mettre en place sur les récipients de produits ménagers des bouchons de sécurité ne va pas prévenir les chutes de grande hauteur et les défenestrations, et que, à l'inverse, l'installation de dispositifs de sécurité sur les fenêtres ne va pas prévenir l'ingestion accidentelle de produits toxiques.

Si l'appréhension du risque par les parents peut varier de façon considérable suivant les mécanismes accidentels, les particularités socioculturelles, et l'information délivrée aux populations à risque, il est cependant possible d'identifier des facteurs de risques communs, en particulier comportementaux, à la survenue d'accidents dans cette population (enfants de deux à six ans). Il est ainsi indispensable de baser une approche préventive efficace, à la fois sur : une bonne connaissance des données épidémiologiques, et des mécanismes lésionnels permettant de proposer des mesures de modification, de réglementation ou de normalisation des équipements ; et sur une analyse des risques comportementaux permettant de proposer une stratégie efficiente d'information, d'éducation, et de communication visant à modifier les attitudes et les comportements de la population.

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

Si l'on considère les facteurs de risques comportementaux prédisposant les enfants d'âge préscolaire à un accident de la vie courante, on peut distinguer des facteurs endogènes.

L'enfant d'âge préscolaire perçoit mal un risque donné, ce n'est qu'avec la mise en place d'une socialisation qu'il peut appréhender concrètement un risque donné. Une peur concrète peut cependant être acquise à la suite d'une expérience désagréable. La perception du danger relève ainsi plus de l'acquis que de l'inné, et le rôle du réseau social et familial, en particulier dans la mise en place de la notion d'interdit, est prépondérant dans cet apprentissage.

Le développement physiologique incomplet rend l'enfant plus vulnérable. Sa petite taille, son immaturité sensorielle, surtout visuelle, sa faible force musculaire, et sa coordination motrice imparfaite, exposent l'enfant à des risques dans un environnement conçu pour les adultes, qui ne tient que très occasionnellement compte de ses besoins spécifiques. Le développement psychomoteur s'accompagne de curiosité et de désir de découverte, sources de danger, et l'acquisition de la marche augmente le risque d'exposition aux accidents. Le réflexe d'autopréservation qui se développe avec l'âge, peut être diminué par des facteurs environnementaux : conflits, séparation familiale, angoisse de séparation, en particulier dans un contexte migratoire difficile, ou spécifiques : personnalité de l'enfant (agressivité, hyperactivité, recherche du risque), sexe (le risque de

survenue d'un accident est multiplié par 1,5 chez le garçon).

Ces caractéristiques de développement sont souvent méconnues et négligées par les parents qui, de ce fait, délèguent inconsciemment leur rôle d'évaluation et de prévention du risque accidentel, et négligent leur rôle de générateurs d'interdits. Si l'on considère les facteurs exogènes familiaux ou socioculturels (difficultés socio-économiques, absence de réseau social, bas niveau culturel des parents, familles dissociées, jeune âge des parents ou du gardien occasionnel, difficultés de repérage dans le monde moderne, problèmes linguistiques ne permettant pas la lecture de notices), ils sont retrouvés dans la majorité des accidents de la vie courante. Cependant, pour certains accidents, une population peut être ciblée comme à risque. C'est le cas, par exemple, des défenestrations et chutes de grande hauteur où, quel que soit le pays étudié, le risque paraît particulièrement élevé dans les populations de migration récente, à fortes difficultés socio-économiques et à réseau social peu développé. On peut, en tenant compte de ces différents éléments, dégager des points importants contribuant à la mise en œuvre d'une politique de prévention efficace.

L'enfant d'âge préscolaire ne peut être considéré comme un acteur efficace de la prévention. L'appréhension d'un risque spécifique par les parents dépend de la hiérarchisation institutionnelle et médiatique du risque. Des priorités de prévention sont établies, variant suivant les pays, le type de société, les connaissances acquises d'un risque donné, son importance en termes de santé publique, etc. Cette hiérarchisation institutionnelle du risque a une influence considérable sur le ressenti de la population. Les grands médias relaient logiquement les éléments de prévention des risques propres aux milieux socioculturels majoritaires et ne ciblent pas toujours les populations à risque, notamment migrantes, à travers leurs messages « grand public ».

Il peut sembler plus important, pour les populations migrantes, d'assurer une suffisance alimentaire, une prévention des maladies infantiles efficace, des conditions de vie stables, que d'imposer un comportement social, souvent très différent de celui du pays d'origine, tenant compte de la hiérarchisation institutionnelle des risques. Il est difficile, dans des populations qui ont été exposées à des risques permanents de manque de biens essentiels, de concevoir que la société à leurs yeux hautement protectrice, qui est devenue celle de leurs enfants, puisse, elle-même, engendrer des risques qui n'existaient pas dans leur pays d'origine. Un réseau social et associatif structuré est alors un élément fondamental de diffusion de l'information.

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

Il semble ainsi logique de privilégier une approche préventive intégrant : les données d'alerte fournies par les cliniciens ; les données épidémiologiques concernant les différents mécanismes accidentels permettant de dégager des facteurs de risques spécifiques et de définir l'importance du risque en termes de santé publique ; les messages d'information et de prévention adaptés aux populations à risque ; le relais de cette information par les réseaux socio-éducatifs ; les recommandations éventuelles concernant les modifications ou la réglementation à appliquer aux équipements en cause. Cette approche, nécessairement multidisciplinaire et multisectorielle, doit tenir compte de la multitude des facteurs de risque et des nombreuses circonstances d'apparition.

Collectif Génération glisse Protection

Nicole Vidal et Bruno Tennevin

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

La prévention, en amont, est l'ensemble des mesures prises pour empêcher un danger, un risque, un mal de survenir. Le secours, en aval, est l'aide ou l'assistance à quelqu'un, et suppose que la prévention n'a pas joué totalement son rôle, la personne ayant été confrontée au danger. La réponse s'impose ! D'autant que les causes des accidents de la vie courante sont généralement récurrentes. La prévention doit être menée avec une véritable volonté collective, des pouvoirs publics au dernier maillon de la sécurité, trop souvent impliqués directement ou indirectement dans le système économique. Dans une chaîne sécuritaire, chacun des acteurs joue un rôle spécifique qui doit rester sa priorité absolue. Pour cela, les moyens nécessaires doivent être mis à sa disposition (budget, logistique, encadrement, réglementation…).

Pour ce qui est des sports d'hiver, une place primordiale doit être accordée à la prévention car, outre les décès, plus de 35% des accidents entraînent une hospitalisation. Il faut considérer deux pratiques : sur pistes et en dehors des pistes (mais dans le domaine de la station). Sur pistes, la prévention première doit être sa parfaite mise en sécurité par les responsables, car l'usager évolue en toute confiance sécuritaire. La prévention complémentaire à la charge de l'usager sera le respect des dix règles de bonne conduite. En dehors des pistes, la prévention implique une absence totale d'incitations préalables et, sur le terrain, l'assurance que l'information sur les dangers inhérents à ces secteurs et leurs conséquences possibles est totalement comprise. Le pratiquant pourra alors se prémunir contre un danger en parfaite connaissance de ses conséquences.

Quel regard portez-vous sur les politiques menées actuellement ?

Pour ce qui concerne la prévention des accidents dans les stations de sports d'hiver, notre regard est pragmatique : le lobbying économique l'emporte largement au détriment de la sécurité. Depuis 1997, nous nous heurtons continuellement : aux attitudes frileuses et fuyantes des instances et autorités décisionnelles (à part quelques exceptions) ; à la mauvaise foi et aux comportements conflictuels, voire agressifs, des responsables de la sécurité des pistes de ski ; au non-respect des avis de la CSC s'adressant aux professionnels de la sécurité ; à la quasi-inutilité des divers organismes recensant les accidents de façon relative, sans directives de retours d'expérience qui permettraient une amélioration de la prévention des accidents sur le terrain ; à l'interprétation partiale et partielle des bilans d'accidents ; à la priorité quasi absolue donnée aux secours plutôt qu'à la prévention ; à la publicité outrancière du hors-piste sans contrepartie d'astreintes de sécurité de la part des stations. Bref, nous assistons au cautionnement tacite de l'autogestion de la sécurité des domaines skiables, interdisant un contrôle extérieur et indépendant, contrairement à tous les autres concepts commerciaux ou industriels. De ce fait, les politiques actuelles se réduisent à l'observation d'une « cote d'alerte » inspirée par des pourcentages sous-évalués. Tant que tout sera ainsi faussé, aucune mesure efficace ne sera entreprise.

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

Nous considérons qu'une prévention efficace implique une mise en œuvre globale de nombreux moyens en interaction. Négliger certains en réduit significativement

les résultats. Ainsi, actuellement, la prévention des accidents de sports de glisse en stations n'exploite que le volet « comportement des pratiquants », parade prétendue contre l'impact des multiples incitations à la prise de risques ciblant les jeunes. Nous ne dédouanons en aucun cas les responsables locaux qui, de leur côté, exploitent ces incitations et rendent les comportements induits seuls responsables en cas d'accident.

Une action prioritaire serait une réflexion sur tous les moyens à mettre en œuvre, parmi lesquels : éradiquer tout ce qui incite à la prise de risques (publicités pernicieuses sur le hors-piste des stations et sur les matériels dits salvateurs, reportages extrêmes…) ; créer un organisme d'état, distinct et indépendant des lobbyings, ayant pour but de vérifier l'efficacité sur le terrain de la mise en sécurité des secteurs accessibles à partir des remontées mécaniques, le respect des normes, la formation des personnes chargées de tous les aspects de la sécurité ; s'assurer du nombre exact d'accidents, pour les plus graves en analyser les diverses causes et les facteurs éventuels d'aggravation des conséquences (un « Réagir montagne », à l'instar de « Réagir route », ainsi que nous l'avions proposé), afin d'en tirer un retour d'expérience pour éradiquer les causes récurrentes.

Bien que non exhaustives, ces quelques actions fondamentales, qui restent à mettre en œuvre, sont une priorité pour juguler les accidents de sports de glisse en stations et leurs sinistres conséquences.

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

Pour notre part, nous avons pris toutes les initiatives constructives possibles, et nous souhaitons qu'elles soient enfin prises en considération. Si la volonté collective de mettre en œuvre tous les moyens de prévention des risques d'accident de sports de glisse en stations survient enfin, nous réitèrerons nos multiples observations et propositions. Nous prétendons, grâce à notre expérience acquise sur ce problème précis, être en mesure d'apporter de nombreux éléments permettant une approche franche des améliorations possibles.

Chaque saison, des vies d'enfants, d'adolescents et d'adultes, sont perdues pour des histoires de filets ou de matelas de protection mal posés, de déclenchements d'avalanche incomplets, de signalisations inadéquates, d'informations inadaptées… Est-il digne d'un pays comme la France de cautionner une telle incohérence en matière de prévention des risques des sports de glisse ?

CNAFC

Confédération nationale des associations familiales catholiques (afc-france.org)

Antoine Renard, *président*

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

Les actions de prévention contribuent directement à la qualité des conditions de vie des familles, sans lesquelles elles ne peuvent s'épanouir. À ce titre, elles doivent rester une priorité, d'autant que les occasions d'accidents paraissent s'être multipliées. Cela est sans doute lié à des changements d'habitudes observables tant en matière de consommation (types de produits achetés, diffusion des appareils électroniques), d'alimentation (recours aux plats préparés et au four à micro-ondes), que d'occupation des lieux de vie (maintien plus fréquent des personnes âgées à domicile qui pose des questions d'aménagement et d'équipement, progression du nombre des enfants gardés à domicile, problème d'exiguïté de certains logements qui entraînent des difficultés de rangement). De plus, il convient de toujours prendre en compte la diversité de ces lieux de vie : la maison, mais aussi le lieu de travail, les lieux de loisirs, les espaces périscolaires…

Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?

Ces politiques ont été nombreuses et leur diffusion assez large, touchant effectivement les parents, les enfants… Les moyens de communication utilisés (affiches, spots télévisés…) ont, sans aucun doute, permis de faire passer des messages clairs et compréhensibles et ainsi d'identifier les types de risques, les lieux et les occasions pouvant sinon favoriser du moins exposer à des accidents et à quels types (cuisine, salle de bain, jardin…).

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

D'une manière générale, la prévention des accidents de la vie courante est partie prenante de toute démarche éducative. À ce titre, elle concerne tous les éducateurs, au premier rang desquels figurent les parents. Il ne s'agit surtout pas de donner à nos contemporains, et en particulier aux populations les plus exposées à ces accidents, l'impression qu'ils vivent dans un monde de « risques » mais de faire aux familles des propositions de comportements responsables pour soi et pour autrui.

Dans le détail, et compte tenu des changements que l'on peut discerner aujourd'hui dans la vie courante de nos concitoyens, plusieurs champs attirent l'attention, associant souvent des préoccupations à court terme et à plus long terme, du fait de l'impact possible sur la santé des individus : entreposage des produits ménagers et des médicaments ; chutes à domicile (dont les effets peuvent surtout être négatifs pour les personnes âgées, mais qui peuvent aussi concerner des enfants restés seuls chez) ; jeux et jouets ; effets des téléphones portables et autres appareils multimédias qui sollicitent et la vue et l'ouïe ; diffusion des piscines avec les questions autour de la capacité à nager mais aussi, par exemple, de l'exposition au soleil…

Pour chacun de ces domaines, les actions à envisager relèvent autant de la prévention et de la sensibilisation que de l'éducation aux conduites à tenir en cas d'accident (ne serait-ce que savoir qui prévenir). Ces actions pourraient concerner aussi bien les parents que les enfants et les adolescents, en tant que tels mais aussi parce qu'ils seront un jour responsables de famille. Ils pourront également sensibiliser en retour leurs parents et, plus généralement, les adultes autour d'eux.

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

Sans exclure d'autres initiatives, et compte tenu des orientations de notre mouvement pour l'année à venir, il nous paraît notamment important : de poursuivre la diffusion par le site internet et la revue interne de brèves et de fiches thématiques, comme celles réalisées sur le maintien à domicile des seniors ou celle autour de la sécurité des piscines, des méfaits de la télévision pour les bébés ; d'actualiser les fiches existantes en fonction de nouveaux enjeux ; de continuer à apporter des réponses concrètes aux interrogations des mères de famille à propos de la sécurité de leurs enfants dans le cadre des chantiers-éducation ; de porter une attention particulière à la mise en commun des « bonnes pratiques » en matière de prévention des accidents de la vie courante.

CSF

Confédération syndicale des familles (la-csf.org)

Christian Zytynski, *président*

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

Pour la CSF, la prévention doit tenir une place centrale dans les politiques de réduction des accidents de la vie courante. Elle doit s'articuler autour de deux axes, l'information et la conception des produits. L'information doit viser à donner à chacun de nous des éléments pour réduire les risques à son domicile dans ses différentes activités : information sur les produits ménagers, sur les risques électriques, sur les risques liés à l'aménagement de son logement. L'information lors de l'achat peut se révéler payante quand il s'agit d'outils de bricolage ou d'ustensiles pour la cuisine. C'est bien à l'ensemble des acteurs de se mobiliser pour la diffusion de l'information : pouvoirs publics, associations, établissements de santé, écoles, crèches, magasins... L'information doit être la plus concrète possible et utiliser les différents canaux de communication disponibles : plaquettes d'information, publicités, articles dans la presse, réunions d'information...

Mais cette information ne sera jamais suffisante pour enrayer complètement les accidents de la vie courante. Il est donc important également de porter une grande attention à la conception des produits. De nombreux progrès ont été réalisés dans la conception des bouchons des produits ménagers et des médicaments ou sur certains outils de bricolage. Les efforts dans ce sens doivent être poursuivis, que ce soit sur une base volontaire de la part des professionnels ou de façon obligatoire, par un renforcement de la réglementation. Enfin, une impulsion doit être donnée pour l'aménagement des logements des personnes âgées afin de réduire leurs risques d'accidents de la vie courante.

Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?

De nombreuses politiques ont été initiées depuis trente ans dans le domaine des accidents domestiques, mais elles souffrent d'un manque de continuité et de cohérence. Une véritable politique de réduction des accidents de la vie courante doit être permanente afin de répondre aux risques propres à chaque âge. Il serait également illusoire d'espérer qu'une politique de réduction des accidents de la vie courante puisse réussir sans moyens financiers mobilisés, que ces moyens viennent des pouvoirs publics ou d'acteurs privés comme les mutuelles d'assurance. Il ne s'agira pas là de dépenses inutiles mais bien d'un investissement qui permettra de réduire le coût des accidents de la vie courante pour la collectivité. Néanmoins, ces politiques ont eu le mérite de mettre l'accent sur certains risques et de faire prendre conscience à l'ensemble des acteurs de la nécessité de se mobiliser.

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

Deux publics cibles doivent être priorisés : les personnes âgées et les enfants. Ces publics doivent être la cible de campagnes d'information et de formation afin de leur faire acquérir les bons comportements ou de leur permettre de faire de bons choix (par exemple pour l'aménagement du logement des personnes âgées). Mais les personnes entourant ces publics doivent être également sensibilisées à la prévention des accidents de la vie courante. Les familles doivent ainsi être sensibilisées aux risques d'accident des personnes âgées dans leur logement, tout comme les personnes intervenant autour d'elles (aides ménagères, auxiliaires de vie...). De même, les adultes doivent être sensibilisés

aux risques pour les enfants et aux effets de leurs propres comportements sur la prise de risques des enfants.

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

La Confédération syndicale des familles continuera à mener des actions d'information, de sensibilisation et de formation auprès des familles en profitant des nombreuses activités qu'elle réalise sur le terrain : permanences consommation, actions de formation des familles, actions parentalité, accompagnement scolaire, unions de parents d'élève (UPE-CSF)... Ces actions seront menées à partir d'outils réalisés au niveau national et local. La CSF va également consacrer trois émissions Consomag aux accidents de la vie courante en 2008. La CSF s'appuiera également sur sa fédération d'aide à domicile (Fédération nationale des associations d'aide familiale populaire – FNAAFP/CSF) afin de toucher les familles et les personnes âgées directement, mais également tous les professionnels (travailleuses de l'économie sociale et familiale, auxiliaires de vie...) gravitant autour d'eux dans leur logement.

CLCV

Consommation, logement et cadre de vie (clcv.org)

Reine-Claude Mader, *présidente*

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

La prévention des accidents de la vie courante est un sujet qui mérite une action soutenue et surtout continue. C'est un thème sur lequel tous les acteurs concernés peuvent s'accorder sans esprit de polémique et sans revirement d'orientation politique. Les enjeux sont clairement identifiés, de même que les cibles. La seule problématique est de décider d'y mettre suffisamment de moyens sur le long terme pour assurer l'efficacité des campagnes. En termes économiques, c'est un investissement qui se justifie pleinement car, à côté des drames humains et familiaux que peuvent causer les accidents de la vie courante, il y a aussi un coût économique important, pour les familles et pour la collectivité. Pour ces différentes raisons, nous considérons qu'il convient d'accorder à la prévention des accidents de la vie courante une place plus importante que ce qui est fait aujourd'hui, non comme une priorité d'action ponctuelle mais comme un axe d'action ayant vocation à durer.

Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?

De nombreuses initiatives ont été prises, des outils ont été créés, des campagnes d'information ont été faites, mais ce qui nous surprend est le manque de coordination et de continuité dans ces actions. La prévention des accidents de la vie courante recouvre évidemment différents types d'actions et de mesures. Parmi ceux-ci, un aspect important est celui de l'étiquetage des produits dangereux, sur lequel un travail doit être fait pour le rendre toujours plus compréhensible par tous ; des améliorations peuvent également être apportées sur les produits « à risques », leur conditionnement, leur mode d'ouverture par exemple. Mais un point essentiel, et sans doute le plus difficile à mettre en œuvre, est celui de l'information et de la communication. Les accidents de la vie courante et les moyens de les éviter sont un sujet sur lequel il est nécessaire de communiquer de façon très récurrente et par divers canaux pour toucher le plus large public possible. La multiplicité des acteurs et des intervenants peut donc être un atout, mais à condition qu'il existe une volonté politique générale qui créé un cadre propice aux actions des uns et des autres, pour assurer un financement lorsque c'est nécessaire, une complémentarité des actions et une dynamique nationale. Des initiatives en ce sens avaient été annoncées en 2005 par le secrétaire d'État en charge de la consommation. À notre connaissance, elles semblent avoir fait long feu ; on ne peut que le regretter.

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

Il est nécessaire d'évaluer les résultats et l'impact des campagnes de prévention qui ont pu être menées jusqu'à présent et, en fonction de ces évaluations, de reconduire de façon régulière les campagnes qui se sont avérées les plus efficaces. Une attention toute particulière doit être portée aux publics dits « sensibles », qui disposent d'un moindre accès à l'information, ou qui, pour des raisons de langue, ne peuvent être atteints que par une communication plus ciblée. La prévention des accidents de la vie courante auprès des publics les plus touchés, à savoir les jeunes enfants et les personnes âgées, doit être faite dans le cadre de campagnes suivies, très régulièrement renouvelées. Ainsi, une information systématique devrait être prévue tous les ans dans les écoles. Il est d'autre part nécessaire d'encourager les initiatives diverses, décentralisées qui peuvent être mises

en place par les différents acteurs de terrain, en particulier associatifs. Cela implique des possibilités de financement ou la mise à disposition d'outils, avec une bonne information sur l'existence de ceux-ci.

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

De nombreuses associations locales de la CLCV mènent depuis des années des actions d'information sur la sécurité domestique et la prévention des accidents de la vie courante auprès des publics avec lesquels elles sont en contact. Elles continueront à mener ces actions de terrain dans les années à venir.

Familles de France

(familles-de-france.org)

Henri Joyeux, *président*

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

Les accidents de la vie courante demeurent une des premières causes de mortalité accidentelle en France. Ils sont responsables de 19 000 décès par an et de plus de quatre millions d'hospitalisations. Ils représentent une source de souffrance importante pour les familles (un enfant sur trois, victime de brûlures, garde des séquelles esthétiques ou fonctionnelles) et une lourde charge pour la société – le coût des accidents de la vie courante pourrait représenter jusqu'à 10% des dépenses de santé. Ils constituent de ce fait un problème majeur de santé publique auquel nul ne peut rester indifférent. Or, tous les experts en épidémiologie le soulignent : les accidents de la vie courante sont presque toujours évitables et des mesures de prévention adaptées pourraient permettre d'en réduire significativement le nombre. C'est pourquoi, dans ce domaine plus qu'ailleurs, la prévention est essentielle et devrait être considérée comme une préoccupation de premier plan par les pouvoirs publics.

Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?

Notre expérience d'organisation de consommateurs nous conduit à constater que les politiques de prévention des accidents domestiques se sont jusqu'à présent développées sans véritablement porter l'ambition d'une politique globale coordonnée et pérenne. Des actions ciblées ont été conduites, souvent avec succès, pour lutter contre les cas de mort subite du nourrisson, pour inciter au port du casque de ski ou prévenir les noyades en piscine. Le plan de communication qui a été initié en 2004 portait de nombreuses attentes, mais ses traductions sur le terrain ont été décevantes. À l'occasion de ces campagnes, de multiples supports de qualité ont été produits par l'INPES, la CSC la DGCCRF, l'INC, les associations de consommateurs et les associations familiales, les organisations professionnelles, mais aucune une action coordonnée de tous ces acteurs n'aura permis de tirer le meilleur parti de ces initiatives restées souvent isolées. De plus, les investigations de Familles de France sur les circonstances de certains accidents, comme les brûlures, ont également permis de constater que les données relatives à l'accidentologie ne sont pas toujours très précises et que leur centralisation pose encore problème, ce qui constitue un sérieux handicap pour décider de mesures de prévention adaptées.

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

Le nombre de décès dus à un accident de la vie courante demeure en France à un niveau élevé par rapport aux autres pays de l'Union européenne, et la perception du risque dans la population reste toujours à un niveau très inférieur à ce qu'elle devrait être. C'est pourquoi la prévention des accidents de la vie courante doit être élevée au rang de priorité nationale et tous les acteurs de la société doivent être mobilisés pour agir de façon concertée. Les campagnes de prévention sont à elles seules insuffisantes pour inciter les familles à modifier leur comportement. Il est indispensable de les prolonger et de les accompagner d'actions de proximité pour former, transmettre les bons comportements de prévention et les gestes qui sauvent.

En conséquence, nous préconisons de conduire simultanément des actions de prévention à plusieurs niveaux : une campagne nationale de communication, via les grands média, pour sensibiliser la population aux

risques de la vie courante – une semaine de la prévention des accidents domestiques pourrait ainsi être instituée chaque année pour fédérer tous les acteurs et améliorer la prise de conscience des risques dans la population ; des actions de proximité à des moments choisis (préparation à l'accouchement, maternité, passage du permis de conduire) pour transmettre à tous, dès la maternelle, de manière concrète et pratique une culture de la prévention. D'une manière plus formelle, nous souhaitons qu'avant de quitter l'école, ou en passant l'examen du permis de conduire, ou à l'occasion des visites médicales dans le cadre professionnel, il soit offert à chaque individu de recevoir à plusieurs reprises des formations sur les gestes qui sauvent. Selon la Croix-Rouge, 10 000 vies pourraient être sauvées si 20% de la population recevait une formation dans ce domaine.

La sécurité des produits doit aussi être renforcée. La mondialisation et internet font qu'aujourd'hui de très nombreux produits et objets se trouvent en circulation sans que la sécurité minimale que le consommateur est en droit d'attendre soit garantie. Nous souhaitons par conséquent un renforcement des contrôles et la mise en œuvre de moyens accrus pour contrôler les produits en vente sur internet. Un site dédié, mis en place par les pouvoirs publics, permettrait d'alerter le consommateur en continu sur les dérives qui y sont relevées.

Nous souhaitons enfin que les moyens d'améliorer la sécurité des produits soient étudiés à chaque fois que nécessaire et que les mesures préconisées soient mises en œuvre avec toute la rigueur requise. Nous attendons de ce point de vue la mise en œuvre des mesures pour le contrôle des manèges, la révision des normes des alarmes de piscine à détection d'immersion et l'obligation réglementaire du port du casque pour les jeunes cyclistes.

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

Familles de France et son réseau associatif sont prêts à se mobiliser dans ce contexte pour développer des actions de proximité, aller à la rencontre de toutes les familles et dans les écoles pour transmettre des messages de prévention, comme nous l'avons déjà fait en 2007. Le site internet et la revue de Familles de France diffusent régulièrement des informations, des conseils sur la prévention des accidents domestiques, et l'association poursuivra son action en ce sens.

Gresel

Groupe de réflexion sur la sécurité électrique dans le logement (gresel.org)

Laurent Lhardit, *secrétaire*

Précision préalable du Gresel aux réponses apportées : le Gresel agit dans le seul domaine de la sécurité électrique dans le logement. Pour cette raison, la contribution du Gresel est limitée à ce seul sujet. Cette contribution émane du « collège consommateurs » du Gresel, constitué à ce jour de neuf organisations représentatives des consommateurs (ALLDC, CGL, Cnafal, CNAFC, CNL, Familles de France, Orgeco, UFCS, Unaf). Elle a été validée par l'ensemble des organisations membres du Gresel au titre de son « collège professionnel ».

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

La prévention des accidents de la vie courante liés aux installations électriques dans le logement constitue un enjeu de société. On considère que l'électrisation et l'électrocution font 4 000 victimes chaque année en France, dont 100 décès. D'autre part, on considère que plus du tiers des 250 000 incendies qui se déclarent chaque année en France en milieu domestique sont d'origine électrique. Il y a donc urgence à accorder une attention particulière à la prévention dans ce domaine.

Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?

Dans le domaine des accidents liés à l'électricité domestique, la prévention s'est appuyée jusqu'à présent sur des politiques insuffisantes pour résorber un phénomène très lourd si l'on considère le bilan annuel sur le plan humain (victimes) et matériel (incendies en particulier). Si l'on peut considérer que la législation relative aux installations électriques est pour sa part efficace, elle a un impact limité aux installations neuves ou rénovées, alors que l'on considère que les installations électriques de 7 millions de logements anciens ne répondent plus aujourd'hui aux règles élémentaires de sécurité, et que plus de 2 millions d'entre elles sont même particulièrement dangereuses.

Face à un phénomène aussi lourd, une prévention efficace ne peut se limiter à des campagnes d'information. La mise en application prochaine de la loi sur le diagnostic des installations électriques de plus de quinze ans lors de la mutation des logements est un premier pas. Mais force est de constater que cette loi ne concernera qu'un nombre limité de logements chaque année et qu'elle n'entraîne aucune obligation en matière de mise hors danger des installations concernées puisqu'elle met en place une simple obligation d'information.

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

Si l'on considère pour commencer les seuls outils mis à disposition par la loi, le diagnostic obligatoire des installations électriques anciennes peut constituer un point d'appui fort pour développer la prise de conscience de la part des propriétaires et des locataires de logements sur les risques liés à des installations électriques vétustes. De ce point de vue, des campagnes d'information doivent être développées afin que les conclusions des diagnostics entraînent le plus souvent possible les travaux de mise hors danger lorsque le résultat du diagnostic le justifie.

Si l'on considère maintenant les actions qu'il faudrait mener pour engager fortement la résorption du parc d'installations électriques domestiques dangereuses, le Gresel a été étroitement associé à la rédaction de l'avis du CNC relatif à la sécurité des installations électriques des particuliers (septembre 2005), qui propose aux

pouvoirs publics d'adopter une série d'actions, parmi lesquelles : l'obligation faite aux bailleurs de se conformer aux exigences minimales de sécurité telles que décrites dans la loi sur le diagnostic des installations électriques au moment de la vente ; l'obligation faite au bailleur de délivrer au nouveau locataire une attestation de conformité de l'installation électrique lorsque cette dernière a plus de quinze ans ; l'obligation de vérifier la présence d'une installation de mise à la terre dans les immeubles collectifs d'habitation, et d'y remédier en cas d'absence ; la création d'un observatoire permettant de collecter et d'analyser les données statistiques issues des contrôles des installations électriques anciennes ; l'amélioration et l'adaptation des dispositifs publics (aides) permettant d'accompagner le financement de la mise en sécurité des installations électriques vétustes. Le coût économique de ces mesures supposerait qu'elles soient élaborées de manière progressive, en étroite concertation avec l'ensemble des agents économiques et sociaux concernés.

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

Le Gresel se positionne depuis sa création en 2004 comme un groupe de réflexion et d'action dans le domaine considéré. Convaincu de la nécessité, en matière de sécurité, de diffuser des messages simples et unitaires, le Gresel souhaite s'associer à toute campagne d'information sur le sujet des installations électriques domestiques. Il souhaite en particulier agir de manière directe auprès du couple vendeur/acheteur d'un logement pour qu'il soit sensibilisé à la nécessité de procéder à des travaux sur l'installation électrique lorsque le diagnostic aura montré qu'une ou plusieurs des exigences minimales de sécurité n'est pas satisfaite au terme du contrôle.

D'autre part, le Gresel souhaite poursuivre des actions de concertation avec les pouvoirs publics et avec les professionnels de la sécurité domestique pour qu'une législation contraignante permette, progressivement, de procéder à la mise hors danger des installations électriques anciennes.

Gema Prévention

Groupement des entreprises de mutuelles d'assurance - Prévention (gema.fr)

Patrick Jacquot, *président*

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

Les accidents de la vie courante constituent aujourd'hui un fléau national dont l'ampleur est trop souvent méconnue. Ces accidents sont en effet bien plus meurtriers que les accidents de la route, avec 11 millions d'accidents, 4,5 millions de blessés et près de 19 000 morts par an. Qui plus est, la France est plutôt en retard par rapport à ses voisins européens. Aussi convient-il d'accorder une attention renforcée à ce problème de société.

Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?

La prévention de ces accidents n'a manifestement pas la place qu'elle mérite dans les préoccupations et les actions mises en œuvre par les pouvoirs publics. Aussi est-il nécessaire, au même titre que pour les accidents de la route, que la diminution du nombre de ces accidents devienne un véritable enjeu politique. Pour cela, il est nécessaire que l'État, qui peut seul donner à cette cause nationale l'impulsion et le cadre d'actions ad hoc, se mobilise. On peut imaginer la création d'une entité interministérielle de coordination ou la reconnaissance de ces accidents comme cause nationale, au même titre que la sécurité routière et avec les mêmes moyens, notamment en termes de communication.

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

Nous pensons que les actions prioritaires devraient s'adresser en priorité aux publics les plus exposés que sont les enfants et les personnes âgées. Aux enfants parce qu'une vie supprimée ou plus encore mutilée dans le jeune âge revêt des conséquences lourdes, avec le handicap à porter pendant toute la vie. Et aussi parce qu'il appartient à la société d'apporter une attention et une protection réelles aux enfants, les adultes de demain.

La protection des personnes âgées constitue aussi une préoccupation essentielle dans une société comme la nôtre, où le nombre et l'âge des seniors ne cessent d'augmenter avec, inéluctablement si nous ne faisons rien, l'augmentation de ces accidents. N'hésitons pas à prendre exemple sur les expériences étrangères comme au Québec ou dans les pays nordiques qui apportent depuis de nombreuses années des solutions innovantes à ces problèmes.

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

Gema Prévention, et les mutuelles d'assurance qui en définissent la politique, n'ont pas attendu pour donner toute sa place à la prévention des accidents de la vie courante. Si nous poursuivons activement nos actions de prévention dans le domaine de la sécurité routière, nous avons consacré en 2007 davantage de moyens financiers aux accidents de la vie courante. Nos interventions se sont concentrées principalement sur la prévention des risques des enfants par le conseil aux jeunes parents et grands-parents ainsi que sur l'incendie domestique dans le cadre d'un partenariat avec la brigade des sapeurs-pompiers de Paris. Dans les prochaines années, et sans préjuger des décisions que prendront les représentants des mutuelles, nous devrions maintenir cette tendance, conforme à la logique d'une politique de prévention mutualiste d'accompagnement des sociétaires tout au long de leur vie.

INPES

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (inpes.sante.fr)

Philippe Lamoureux, *directeur général*

L'INPES est un établissement public administratif chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

La prévention des accidents de la vie courante – près de 19 000 décès par an – représente un véritable enjeu de santé publique. Les enfants et les personnes âgées sont particulièrement vulnérables. Les accidents de la vie courante sont en effet responsables d'un cinquième de la mortalité totale chez les enfants jusqu'à quatre ans, et les deux tiers d'entre eux concernent les personnes âgées de plus de 75 ans. Malgré une baisse importante de la mortalité par accidents de la vie courante depuis les années 1980, qui résulte très certainement des efforts réalisés dans le domaine de la prévention, les accidents de la vie courante sont encore trop nombreux aujourd'hui, d'autant qu'une grande partie d'entre eux pourrait être évitée. Un réel effort doit être poursuivi en termes de prévention.

Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?

Une politique de prévention des accidents de la vie courante doit comprendre plusieurs volets : un recueil des données épidémiologiques ; une sécurisation de l'environnement par la mise en place de mesures réglementaires et le contrôle de leur application ; ainsi qu'une information du public.

La grande difficulté qui se fait jour lorsqu'il s'agit de déployer des politiques de prévention réside dans la multitude des types de risques que regroupent les accidents de la vie courante (lieux et modalités de survenue). En termes de sensibilisation et d'information du public, les publics à cibler et les messages à diffuser s'avèrent de fait très différents selon la nature de l'accident, d'où une réelle difficulté à mener une action globale, efficace et visible. D'autre part, au niveau national, les acteurs œuvrant dans le champ de la prévention des accidents de la vie courante sont peu nombreux et appartiennent le plus souvent à des institutions différentes.

Toutefois, un certain nombre de points positifs peuvent être soulignés. Pour la prévention des noyades en piscine ou encore des défenestrations accidentelles par exemple, de véritables politiques combinant suivi épidémiologique, mesures réglementaires, sécurisation des produits et sensibilisation des populations ont été mises en œuvre. La température de l'eau chaude sanitaire a fait l'objet d'une réglementation en France et permettra ainsi de réduire le nombre de brûlures, notamment chez les jeunes enfants. Les ateliers sur la prévention des chutes des personnes âgées se sont multipliés, un référentiel sur la « prévention des chutes chez les personnes âgées » a été édité et très largement diffusé par l'INPES. Il reste néanmoins à évaluer l'efficacité de ces initiatives et à les généraliser.

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

Premièrement, la prévention des accidents de la vie courante doit prendre en compte les inégalités sociales de santé et viser à les réduire. Les publics issus des catégories sociales les plus défavorisées sont particulièrement exposés, et les politiques de prévention devront à l'avenir intégrer cet enjeu à part entière.

Deuxièmement, la mise à disposition de données épidémiologiques approfondies, décrivant notamment les circonstances de survenue des accidents et les caractéristiques des victimes, est indispensable pour mettre en place des dispositifs de prévention ciblés et efficaces.

Enfin, pour avoir une action efficace, concertée et afin de rendre visible l'action de chacun, il paraît important de valoriser et de promouvoir le plan national de prévention des accidents de la vie courante en s'articulant avec les autres plans nationaux existants, tel que le plan national Bien Vieillir.

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

Les dispositifs de prévention doivent agir à la fois sur les comportements individuels en sensibilisant et en informant le public, mais aussi sur l'environnement (équipements, produits…) pour le rendre plus sûr et pour favoriser l'adoption de comportements préventifs. Il s'agira notamment pour l'INPES d'articuler la mise en œuvre de dispositif de sensibilisation avec les évolutions réglementaires pour une meilleure efficacité de l'action. D'autre part, des dispositifs de prévention seront développés afin de toucher plus particulièrement les publics les plus défavorisés et les plus vulnérables, à l'instar de ce qui a été fait dans le domaine de la prévention des défenestrations accidentelles par exemple. Il s'agira non seulement de rendre les supports de communication compréhensibles et accessibles à tous, mais également d'accompagner le message préventif en établissant des partenariats privilégiés avec les acteurs locaux qui se feront les relais des messages : infirmières, pédiatres, personnels des crèches, travailleurs sociaux, aides à domicile, etc.

Un travail sera également conduit pour mutualiser, recenser et valoriser les expériences françaises. L'organisation chaque année des « Journées de la prévention » est un exemple d'action qui permet de rassembler une grande diversité d'acteurs (associatifs et institutionnels, aux niveaux local et national) et échanger sur les initiatives entreprises en France, mais aussi à l'international.

InVS

Institut de veille sanitaire (invs.sante.fr)

Dr Françoise Weber, *directrice générale*

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

Les accidents de la vie courante constituent la plus grande part des « traumatismes non intentionnels ». Ils représentent plus de 11 millions de personnes accidentées chaque année, dont près de 5 millions ont recours aux urgences des hôpitaux (près de 15 000 par jour !), loin devant les accidents de la circulation ou les accidents du travail. Ces accidents, peu graves en majorité, sont cependant à l'origine de près de 19 000 décès chaque année en France (pour un peu plus de 4 000 par accident de la circulation et un millier par accident du travail).

L'Institut de veille sanitaire est à l'origine de la production de ces résultats. Dès sa création, il a considéré que ce sujet constituait une priorité dans le cadre de ses missions de surveillance de l'état de santé de la population définies par la loi de 1998. Il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine. On reconnaît désormais depuis plus de vingt ans que les accidents de la vie courante peuvent et doivent être évités par une prévention adaptée et efficace, reposant sur une connaissance suffisante des facteurs de risque et de survenue des accidents.

Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?

En accidentologie, les connaissances résultent de la mise en œuvre de techniques et de savoir-faire très variés. Pour sa part, l'InVS assure ses missions de surveillance surtout grâce à l'épidémiologie. Il continuera à le faire, en diversifiant les approches, essentiellement au travers d'enquêtes épidémiologiques : enquêtes destinées à connaître les facteurs de risque de survenue des accidents ; enquêtes sur les évènements accidentels ; enquêtes sur les séquelles d'accidents et le devenir des accidentés.

Ces enquêtes sont de différents types : descriptives transversales, par collecte en continu, déclarations obligatoires, enquêtes thématiques, enquêtes rétrospectives, sur les facteurs de risque, suivis de cohorte, etc.

Mais en accidentologie d'autres outils que l'épidémiologie produisent du savoir utile pour la prévention : les études détaillées d'accidents, d'un cas ou de très petites séries de cas, même non représentatives de l'ensemble des accidents, sont couramment utilisées pour établir ou modifier la réglementation ou pour émettre des avis destinés à protéger le consommateur. Dans ce cas l'épidémiologie n'est pas adaptée : il est illusoire de souhaiter mettre en place une étude spécifique à chaque type d'accident. Ces études de cas, couramment menées hors InVS à partir de signalements d'accidents survenus avec des produits dangereux ou de situations accidentelles graves, sont précieuses et doivent continuer à être encouragées. Leurs résultats doivent être largement diffusés. Ils participent, avec la diffusion des travaux de l'InVS à une meilleure compréhension des enjeux et du caractère évitable d'accidents graves, coûteux pour la collectivité et les individus.

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

Le plan annuel de prévention des accidents de la vie courante, mis en place par le Comité national de santé publique sous la présidence de la Direction générale de la santé, mérite d'être amplifié et relayé auprès du public,

des élus et des associations. L'INPES et la DGS, avec des moyens suffisants, ont toute légitimité pour assurer au titre de la santé la coordination et la mise en œuvre des actions de prévention prévues dans le cadre de ce plan.

La recherche en accidentologie de la vie courante, peu développée en France, doit être favorisée. De multiples thèmes doivent être explorés : le développement des classifications sur les traumatismes ; la détermination des populations à risque d'accident ; le rôle de la précarité ; les facteurs de risques environnementaux ; le coût des accidents pour la collectivité et les personnes ; les séquelles sur le long terme ; les outils d'évaluation rigoureux des campagnes de prévention, etc.

Enfin, les coopérations européennes et internationales en accidentologie de la vie courante, qui concernent tous les domaines évoqués ci-dessus, doivent bénéficier d'une vision stratégique et d'une coordination interministérielle à la hauteur des enjeux.

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

La signature d'un protocole d'échanges et de collaboration, prévue en 2008, permettra de systématiser les échanges sur les accidents de la vie courante entre les acteurs publics majeurs sur ce domaine : l'InVS, la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, la Commission de la sécurité des consommateurs, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'Institut national de la consommation, deux directions du ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports (direction générale de la Santé et direction des Sports). Les liens de ces organismes avec des structures privées (assureurs, mutuelles, industriels, etc.) doivent être favorisés.

UFC-Que Choisir

Union fédérale des consommateurs - Que Choisir

(quechoisir.org)

Alain Bazot, *président*

Quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

Avec 4 à 6 millions d'accidents, près de 19 000 décès annuels, 11% des accidentés qui gardent des séquelles physiques ou psychiques, représentant 10% des coûts de soin, les chiffres annuels des accidents de la vie courante invitent à accorder une importance particulière à la prévention, d'autant qu'au vu du vieillissement de la population, les accidents domestiques risquent d'être l'un des principaux fléaux sécuritaires du XXIe siècle. Dans les États du Nord, les accidents de la vie courante ont été élevés au rang de cause nationale, et l'action déterminée des pouvoirs publics a permis une division par trois du nombre d'accidents.

Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?

Les pouvoirs publics ont soufflé le chaud et le froid sur la prévention des accidents de la vie courante. En 2004, M. Raffarin voulait réduire de 50% la mortalité par accidents de la vie courante des jeunes de moins de quatorze ans et de 25% les décès par chute des plus de 65 ans. Mais en dépit des discours et de quelques campagnes menées de temps à autre, la question n'a jamais été véritablement prise à bras le corps. Par exemple, le projet annoncé en 2004 de laboratoire sur les accidents de la vie courante permettant d'avoir une information étayée sur l'accidentologie est toujours dans les cartons.

De plus, certaines recommandations en matière de sécurité domestique tardent à être mises en œuvre. Par exemple, en matière d'installation électrique dans l'ancien, un avis de la Commission de sécurité des consommateurs a été rendu en 1996, mais la loi n'a été adoptée qu'en 2004. Par ailleurs, certaines lois ne sont pas suffisamment efficaces. Ainsi, s'agissant de la sécurité des piscines, malgré la loi, 30% de propriétaires sont toujours sans équipement, comme l'a relevé une enquête de l'UFC-Que Choisir, et encore la loi et ses décrets d'application tolèrent des alarmes peu sûres, notamment celles de détection d'immersion.

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

Il importe de donner les moyens matériels à la hauteur de l'enjeu, tant en termes financiers que d'expertise. Il faut ainsi accroître les moyens financiers des autorités, notamment de la Commission de sécurité des consommateurs dont le budget a été considérablement réduit depuis sa création, alors même que ses missions restent essentielles. Aussi, pour une communication plus pertinente, le laboratoire sur les accidents de la vie courante, véritable recensement de l'accidentologie, doit être créé.

Il importe également d'accroître les modes d'information quant aux produits rappelés car dangereux. Le site internet de l'UFC-Que Choisir est l'un des rares qui donnent la liste des produits rappelés, information actualisée au jour le jour. La DGCCRF, elle, ne prend pas à bras le corps ce rôle d'information puisqu'il n'y a rien sur son site Internet, et elle ne semble pas s'intéresser au taux de retour des produits rappelés. Les enquêtes de l'UFC-Que Choisir montrent pourtant que ce taux de retour est très faible : en moyenne moins de 20% des produits rappelés sont renvoyés par les consommateurs.

UFCS

Union féminine civique et sociale (ufcs.org)

Marie-Brigitte Vignon, *vice-présidente*

Selon vous, quelle place faut-il accorder à la prévention des accidents de la vie courante ?

Sans hésiter, l'UFCS estime qu'il faut donner une place majeure aujourd'hui à la prévention des accidents de la vie courante. Beaucoup a été fait et est encore fait dans les domaines notamment de la sécurité alimentaire, de la sécurité des jouets, et bien sûr de la circulation routière. Grâce à cela, la situation est nettement meilleure aujourd'hui dans ces domaines. La notion d'accidents de la vie courante ou de la vie domestique n'est pas claire dans l'esprit des consommateurs-citoyens. Il faut, sans plus tarder, engager des campagnes d'information et de prévention.

Quel regard portez-vous sur les politiques menées jusqu'à présent ?

Pour ce qui concerne les accidents de la vie courante, on mentionne le nombre extrêmement important d'accidents survenus chaque année sans permettre la prise de conscience que ces accidents sont des chutes, des incendies, des électrocutions, des accidents dus au bricolage ou au jardinage, l'absence de protections à bicyclette ou en rollers… Dans la sphère privée où chaque individu se pense plus malin que les autres, il est difficile d'« imposer » des comportements de prudence !

L'UFCS, avec les autres associations de consommateurs, a été chef de file pour obtenir le label « campagne d'intérêt général ». Celui-ci n'a pu être utilisé par manque de ressources financières. À l'époque où M. Jacob était ministre en charge de la consommation, un comité interministériel avait été créé sur le thème de la sécurité domestique. Mais qu'a-t-il permis de faire avancer dans le domaine de la prévention ? De nombreux outils ont été créés pour la prévention des accidents chez les enfants et ont certainement eu des effets positifs. Pour prévenir les incendies, pour prévenir les accidents subis par les personnes âgées, quelles actions ont été engagées ?

Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être menées ?

S'il faut sans hésiter poursuivre l'effort de prévention auprès des enfants et de leurs parents dans le cadre des crèches et des écoles ou centres de loisirs, l'UFCS estime qu'il est grand temps de mener des actions dont la cible serait les personnes âgées. En effet, cette catégorie est de plus en plus nombreuse ; il est souhaitable de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible dans leur domicile (autonomie, meilleure santé).

Mais, les personnes âgées sont un public moins captif que les enfants. Il faudra donc mener des campagnes TV, sensibiliser les auxiliaires de vie et les familles. Dans le même temps que serait menée une campagne de prévention des accidents auprès des personnes âgées, celles-ci devraient pouvoir trouver un lieu d'information complémentaire (dans les mairies, par exemple) pour éviter d'être la proie de démarcheurs venant vanter les mérites d'un détecteur de fumée ou d'une installation sanitaire spécifique…

Quelles initiatives souhaitez-vous prendre dans ce domaine ?

Actuellement, l'UFCS reconnaît qu'elle ne s'est pas investie dans la prévention des accidents de la vie courante auprès des personnes âgées. Mais des adhérentes de Nice ou de Limoges, notamment, se disent prêtes à participer à un projet sur ce thème.

Dans la région de Lyon, une équipe UFCS mène des actions de prévention dans les écoles en utilisant un outil pédagogique conçu par elle (poupées à habiller en fonction de l'activité que l'enfant va pratiquer, sans oublier par exemple le casque avec le vélo ou les skis). Cette équipe lyonnaise, qui a mené des actions de formation à la nutrition à l'aide du « jeu du libre-service » a le sentiment que le thème de la prévention des accidents de la vie courante est moins attractif. Est-ce parce que cela n'apparaît pas comme concernant la santé ou comme, nous le disions précédemment, cela relève du domaine privé ? Il faudrait tenir compte de cette remarque dans une campagne.

Manuscrit achevé le 11 juin 2008

Direction de la publication : Eric Briat, INC
Coordination éditoriale : Armelle Madelaine, INC
Conception et réalisation : Couleur lune
Secrétariat de rédaction : Georges Quesne
Crédits photos : Jérémy Bembaron – In Visu
Impression : papier PEFC - Imprimerie Vincent

Remerciements à Didier Tabuteau, professeur associé de l'Université Paris Descartes, codirecteur de l'Institut droit et santé, responsable de la Chaire santé de Sciences Po

Edité en septembre 2008

Chaque jour :

30 000 accidents de la vie courante, 12 000 blessés, 50 décès.

Chaque année : 1 millions d'accidents de la vie courante, 4,5 millions de blessés, 19 000 décès.

Commission de la Sécurité des Consommateurs

Institut National de la Consommation

Macif Prévention