

Eléments de bilan du PCO de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité

Conseil Supérieur de Promotion de la Santé

1^{er} décembre 2006

Martine BANTUELLE (Asbl Educa Santé) et Alain LEVEQUE (ESP-ULB)

La problématique des traumatismes en Belgique

Données de mortalité par traumatisme

En 1997 (dernières données de mortalité disponibles), il y a eu 6 292 décès causés par les traumatismes en Belgique.

Les traumatismes constituent la première cause de décès chez les moins de 40 ans.

Les trois principaux traumatismes mortels au sein de la population belge sont par ordre décroissant : les suicides, les traumatismes liés au transport, les chutes.

Lorsqu'on étudie les principales causes de traumatismes mortels en fonction des groupes d'âge on observe de nettes différences (voir tableau 1).

Cette répartition des traumatismes en fonction des groupes d'âge met en évidence la nécessité de définir des priorités de prévention spécifiques à chaque catégorie d'âge.

Données de morbidité par traumatisme

Il existe plusieurs sources de données sur les traumatismes : les médecins vigies, le système EHLASS, l'enquête de santé par interview.

Les données reprises ci-dessous proviennent du système EHLASS et datent de 1999. Ce système recense les traumatismes dus aux accidents domestiques et de loisirs ayant nécessité une consultation au service des urgences de l'hôpital. En 1999, trois hôpitaux participaient au projet (Anvers, Bruxelles, Gand).

En 1999, 13 868 traumatismes domestiques et de loisirs ont été recensés.

Les traumatismes sont caractérisés en fonction de leur nature, du lieu de survenue, de l'activité au cours de laquelle s'est produit le traumatisme, du type de lésion provoquée.

Tableau 1 : les trois principales causes de décès traumatiques en fonction du groupe d'âge

Groupe d'âge	1 ^{ère} cause de traumatisme mortel	2 ^{ème} cause de traumatisme mortel	3 ^{ème} cause de traumatisme mortel
0-4	Accident par submersion, suffocation, corps étranger	Accidents liés au transport	homicide
5-9	Accidents liés au transport	Accidents par le feu	Accident par submersion, suffocation, corps étranger - homicide
10-14	Accidents liés au transport	Suicide	Homicide
15-19	Accidents liés au transport	Suicide	Intoxications accidentelles
20-24	Accidents liés au transport	Suicide	Intoxications accidentelles
25-29	Accidents liés au transport	Suicide	Homicide
30-34	Suicide	Accidents liés au transport	Intoxications accidentelles
35-39	Suicide	Accidents liés au transport	Homicide
40-44	Suicide	Accidents liés au transport	Homicide
45-49	Suicide	Accidents liés au transport	Chute
50-54	Suicide	Accidents liés au transport	Chute
55-59	Suicide	Accidents liés au transport	Chute
60-64	Suicide	Accidents liés au transport	Chute
65-69	Suicide	Accidents liés au transport	Chute
70-74	Suicide	Chute	Accidents liés au transport
75-79	Chute	Suicide	Accidents liés au transport
80-84	Chute	Suicide	Accidents liés au transport
85-89	Chute	Suicide	Accident par submersion, suffocation, corps étranger
90-94	Chute	Suicide	Actes chirurgicaux et médicaux responsables de réactions anormales du malade...
95 et +	Chute	Actes chirurgicaux et médicaux responsables de réactions anormales du malade...	Froid excessif

Source : Institut National de Statistiques, causes de décès, 1997

- Nature du traumatisme

Le principal mécanisme à l'origine du traumatisme est, comme on l'observe dans le tableau ci-dessous, la chute et cela quel que soit le groupe d'âge.

Tableau 2 : les principaux mécanismes de traumatisme selon les groupes d'âge

Mécanisme	< 1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 +
Chute	1	1	1	1	1	1	1
Foulure, entorse	5		5	3	4	4	5
Coupure		4	4	4	3	3	2
Coup	2	2	2	2	2	2	3
Pincement	5	3	3	5	5	5	4
Brûlure	3						
Corps étranger	3	5					
Intoxication	5						

Source : EHLASS 1999

- Lieu de survenue du traumatisme

Tableau 3 : classement des lieux de survenue du traumatisme dans chaque catégorie d'âge

Lieu de survenue	< 1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 +
Dans la maison	1	1	3	2	1	1	1
Autour de la maison	7	3	5	7	4	3	3
Zone de transport	2	4	6	3	3	2	2
Lieu de travail	9	10	10	10	9	9	9
Ecole	7	2	1	4	10	10	10
Commerce	3	7	9	8	8	7	4
Aire de sport	6	8	2	1	2	5	8
Aire de loisirs	3	6	4	5	6	6	6
Autres lieux	10	8	8	9	7	8	7
Lieux inconnus	3	5	7	6	5	4	5

Source : EHLASS 1999

L'intérieur de la maison est le principal endroit où survient le traumatisme et cela dans plusieurs catégories d'âge. Les enfants de 5-14 ans sont surtout victimes de traumatismes à l'école tandis que les adolescents (15-24 ans) c'est plutôt sur les aires de sport.

- Activité au moment de l'accident

Comme l'indique le tableau ci-dessous c'est principalement au cours d'un déplacement que le traumatisme survient.

Tableau 4 : classement des principales activités au cours desquelles le traumatisme se produit dans chaque catégorie d'âge

Activité	< 1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 +
Déplacement	1	2	2	2	1	1	1
Jeu/loisirs	2	1	1	3	4	5	5
Besoins personnels	3	3					4
Sport	4	5	3	1	2	4	
transport	4	4	5				
Tâches ménagères					5	3	3
Bricolage, jardinage				5	3	2	2
Education physique			4	4			

Source : EHLASS 1999

Chez les adultes et les tous petits les traumatismes se passent en premier lors des déplacements. Chez les jeunes c'est, tout d'abord, au cours d'activités de jeux et loisirs ou sportives que les traumatismes surviennent.

Les traumatismes dans l'enquête de santé par interview (HIS 2004)

L'enquête de santé 2004 s'est centrée sur les accidents dits 'majeurs', c'est-à-dire ceux qui ont entraîné une consultation chez un médecin ou à l'hôpital. La période de temps considérée couvre les douze mois précédant l'interview.

En Belgique, 8% de la population déclare avoir été victime d'un accident ayant entraîné une consultation médicale au cours des 12 derniers mois.

Les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à être victime d'un tel accident. Cette tendance cependant s'inverse au-delà de 65 ans.

L'âge joue un rôle déterminant au regard des accidents majeurs. Les plus jeunes ont une propension plus grande à être victime d'un accident en comparaison avec leurs aînés exception faite des personnes de plus de 75 ans.

La prévalence des accidents majeurs diffère d'une région à l'autre du pays. Ils sont plus fréquents en région flamande (9%) qu'en région wallonne (8%) et bruxelloise (7%) et ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

- Circonstances des traumatismes

Les traumatismes sont classés selon le lieu ou les circonstances de leur survenue.

Les traumatismes accidentels rapportés par les victimes se répartissent de la façon suivante :

- Accidents domestiques : 32 %
- Accidents sur le lieu du travail ou à l'école : 30 %
- Accidents liés au transport : 24 %
- Accidents de sport : 19 %
- Accidents survenus dans un lieu public : 5 %

Les accidents domestiques sont plus fréquents chez les femmes tandis que les hommes sont davantage victimes d'accidents au travail/école et de sport.

L'occurrence des différents types de traumatismes varie en fonction de l'âge, notamment à cause de leur lien avec les activités propres à chaque étape de la vie :

- Les accidents au travail chutent à l'âge de la (pré)pension
- Les accidents domestiques augmentent à l'âge de la (pré)pension
- Les accidents liés au transport concernent davantage les jeunes adultes de 15 à 44 ans
- Les accidents de sport surviennent surtout chez les jeunes de moins de 35 ans.

- Causes des traumatismes

La cause du traumatisme fait référence au mécanisme qui est à l'origine de la blessure. Les principaux mécanismes en cause dans les traumatismes sont repris dans le tableau ci-dessous :

Tableau 15 : Répartition (%) des causes de traumatismes

Cause du traumatisme	%	N
Chute	54,0	593
Collision	29,0	223
Chaleur, feu	2,6	16
Coupure, corps étranger	8,2	75
Ingestion toxique	0,4	7
Effort physique	2,5	37
Morsure, piquûre	0,4	8
Véhicule motorisé	2,9	29
Total	100	988

- Types de traumatismes

Le type de traumatisme fait référence à la lésion qui résulte de l'accident.

Plusieurs types de lésions peuvent être rapportés pour le même accident traumatique.

En Belgique, les trois quarts des victimes d'accidents se répartissent en trois types de lésions principales : les fractures, les plaies et les entorses comme le montre le tableau ci-joint.

Tableau 16 : répartition (%) des lésions causées par les traumatismes

Lésion	%	N
Fracture	26,1	301
Entorse, foulure, déchirement de ligament	27,1	225
Dislocation, désarticulation, luxation	4,6	43
Déchirure musculaire, lumbago	4,3	50
Commotion, autre traumatisme cérébral	3,8	33
Brûlure	3,2	26
Plaie (coupure, perforation, morsure)	25,6	236
Contusion, ecchymose, hématome	19,2	201
Empoisonnement, intoxication	0,7	7
Suffocation, étouffement	0,3	5
Lésion des organes internes	1,4	12
Autre type de lésion	2,6	24
Pas de lésion physique	1,9	33
total	120,8	1196

Les traumatismes en milieu scolaire

Comme le montre le système EHLASS, l'école est le premier lieu de survenue des traumatismes chez les 5-14 ans. Selon Piette D. et al, l'école est impliquée dans un quart des traumatismes chez les filles et dans un cinquième chez les garçons (Piette, D. et al ; 2005).

Tout accident qui survient dans le cadre scolaire doit être déclaré auprès d'un organisme assureur. Une étude a été réalisée par Senterre C. et al (2006) sur base des données provenant de deux organismes assureurs. Cette étude permet d'analyser le lieu de survenue des traumatismes scolaires, le mécanisme de survenue, les parties du corps atteintes et les lésions observées.

• Lieu de survenue du traumatisme

On constate que les lieux les plus souvent impliqués lors d'accidents scolaires sont d'une part la cour de récréation et d'autre part les salles de gymnastique ou de sport. La répartition de ces lieux de survenue diffère de manière statistiquement significative selon le niveau d'étude (fondamental ou secondaire).

- Mécanisme de survenue

Les principaux mécanismes à l'origine d'un traumatisme sont par ordre décroissant : les chutes (52,1%), les contacts avec quelqu'un ou quelque chose (24,3%), les mouvements (13,9%) et autres mécanismes (9,7%).

Cette répartition varie en fonction du niveau scolaire : davantage de chutes dans le fondamental par rapport au secondaire. Les autres mécanismes sont plus fréquents dans le secondaire par rapport au fondamental.

- Parties du corps atteintes

Les fréquences des parties de corps atteintes sont, par ordre décroissant : la région de la tête et du cou (40,6%), les membres supérieurs (32,0%), les membres inférieurs (20,2%), les atteintes générales ou multiples (3,8%) et la région du tronc et du bassin (3,4%).

La région de la tête et du cou est significativement plus atteinte dans le fondamental tandis que les membres inférieurs et supérieurs le sont plus fréquemment dans le secondaire.

- Types de lésions observées

Les différents types de lésions observées sont, par ordre décroissant : les hématomes/contusions (23,8%), les plaies/égratignures (21,5%), les traumatismes des articulations – muscles – tendons (17,8%), les fractures (16,1%), les lésions globales ou d'un autre type (12,1%) et les traumatismes dentaires (8,8%).

Il y a significativement plus de traumatismes articulaires dans le secondaire et plus de traumatismes dentaires dans le fondamental.

Les traumatismes chez les personnes âgées

- Mortalité

En 1997, sur les 6292 décès traumatiques, 37% ont eu lieu chez les personnes de 65 ans et plus.

Chez les personnes âgées le traumatisme dominant entraînant le décès est la chute, suivi du suicide.

Le nombre de chutes mortelles varie en fonction du sexe. Comme le montre le tableau ci-dessous, les chutes sont plus fréquentes chez les hommes dans le groupe des 65-74 ans. Au-delà de 75 ans la tendance s'inverse.

Tableau 5 : Répartition des chutes mortelles chez les 65 ans et plus en fonction du sexe, en Belgique, en 1997

Groupe d'âge	Total chute	% chez hommes	% chez femmes
65-69 ans	77	53%	47%
70-74 ans	105	54%	46%
75-79 ans	138	46%	54%
80-84 ans	217	35%	65%
85-89 ans	269	33%	67%
90-94 ans	180	27%	73%
95 ans et +	56	16%	84%

Source : Institut National de Statistiques, causes de décès, 1997

Lorsqu'on étudie le taux de chutes mortelles en fonction de l'âge et du sexe on constate que quel que soit le sexe, le taux de chute augmente lorsque l'âge augmente. Les taux de chutes mortelles sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes et cela dans toutes les catégories d'âge.

Tableau 6 : Les taux de chutes mortelles en fonction de l'âge et du sexe, en Belgique, en 1997

Groupe d'âge (ans)	Taux de chutes mortelles chez les hommes (pour 10 000)	Taux de chutes mortelles chez les femmes (pour 10 000)
65-69	1,7	0,6
70-74	2,9	1,8
75-79	5,3	3,9
80-84	11,7	10,7
85-89	26,5	20,4
90-94	51,6	39,0
95 et +	59,0	62,3

Source : Institut National de Statistiques, causes de décès, 1997

● Morbidité (EHLASS 1999)

Nature du traumatisme

Les types de traumatismes les plus fréquents en fonction de leur nature sont par ordre décroissants :

1. chutes
2. coupures
3. coups
4. pincements, coincements
5. autres mécanismes
6. foulures

Lieu de survenue du traumatisme

Chez les personnes de 65 ans et plus, 56,5% des traumatismes se passent à l'intérieur de la maison, 19,3% dans les aires de transport et 8,2% autour de la maison.

Chez les personnes âgées on constate donc que le lieu d'habitation (dans et autour de la maison) est le principal endroit où se passent les traumatismes.

Activité au moment du traumatisme

Les principales activités au cours desquelles ont eu lieu les traumatismes chez les seniors sont par ordre décroissant :

1. déplacement et mouvement (61,0%)
2. bricolage, jardinage (8,3%)
3. tâches ménagères (7,2%)
4. réalisation de besoins personnels (6,3%)
5. loisirs (3,2%)

On observe que chez les personnes âgées la majorité des traumatismes se déroulent lors des mouvements de la vie quotidienne. Les traumatismes survenant lors d'activité plus spécifique sont beaucoup plus rares.

Nature de la lésion

Chez les personnes de 65 ans et plus, la lésion la plus fréquente nécessitant une consultation à l'hôpital est la fracture (37,5%) suivi de la contusion (24,0%) et enfin des blessures ouvertes. Les foulures, luxations et autres lésions sont beaucoup moins fréquentes.

Les parties du corps les plus fréquemment lésées sont : les membres supérieurs et inférieurs ainsi que la tête et le visage.

Les traumatismes intentionnels ou violence

Ils regroupent les traumatismes auto-infligés (suicide, automutilations), les traumatismes interpersonnels (homicides, agressions) et les traumatismes collectifs (guerre...)

En Belgique, en 1997, selon les données de l'Institut National de Statistiques, il y a eu 2 323 morts causées par la violence. La plupart sont des suicides (92%). 72% des suicides sont perpétrés par des hommes.

Chaque année, en Belgique, plus de 2000 personnes se donnent la mort et plus de 20.000 (estimation) font une tentative de suicide. Le suicide est la première cause de décès chez les personnes de 25 à 35 ans, et la deuxième chez ceux de 15 à 24 ans. Chez les personnes âgées, c'est également une cause de décès très importante.

Le suicide est un problème social important qui préoccupe non seulement les proches des suicidants mais aussi l'ensemble de la population.

Si l'on regarde l'importance que représente le problème en terme de santé publique et si l'on s'intéresse aux recommandations énoncées par l'OMS dans son rapport mondial sur la

violence et la santé (2002), des efforts substantiels doivent être faits, notamment pour développer une approche globale du problème en suivant les stratégies de promotion de la santé.

Il est important de souligner que le développement d'une telle approche passe par un préalable : l'établissement d'un état des lieux de la situation.

Bien que de nombreuses associations et bénévoles oeuvrent dans le champ de la prévention et/ou de la prise en charge du suicidaire et/ ou de son entourage, il est impossible aujourd'hui en communauté française de Belgique de se faire une idée précise des différents types d'interventions qui existent et des spécificités de chacune d'entre elles.

Un travail a été réalisé par Senterre et al (ESP-ULB) afin de répondre à cette préoccupation en situant la démarche dans un cadre conceptuel du processus suicidaire.

Les stratégies de prévention des traumatismes

Un outil d'analyse et d'aide au choix des stratégies : la matrice de Haddon

En 1970, W. Haddon Jr. a conçu un outil d'analyse des traumatismes ; il s'agit d'une matrice qui permet de décomposer l'évènement traumatique. Cette matrice intègre :

- la dimension temporelle en distinguant trois phases : la phase pré-évènement (qui précède la survenue de l'évènement), la phase évènement (période de contact entre l'hôte et l'agent), la phase post-évènement (réponse de l'hôte à l'évènement).
- Le caractère multifactoriel de la genèse des traumatismes en distinguant : l'hôte, le vecteur et l'environnement physique et socio-économique.

Ce modèle permet d'identifier les principaux déterminants de la survenue des traumatismes et des conséquences qui en découlent.

La grille de Haddon est très utile pour identifier les stratégies, les interventions et les secteurs à mettre en oeuvre pour prévenir les traumatismes ou en atténuer la gravité ou les conséquences.

Une approche globale

La multifactorialité des situations implique la mise en oeuvre de stratégies mixtes agissant sur plusieurs facteurs.

Différentes stratégies peuvent être utilisées dans le cadre de la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité : l'information, la formation, la participation, l'action intersectorielle, l'action sur le milieu de vie, la réglementation, l'approche normative, la recherche, le développement d'aptitudes individuelles et sociales, l'advocacy, le marketing social...

Toutes ces stratégies sont valables mais elles seront d'autant plus efficaces si elles s'intègrent dans une approche globale de la problématique. Il faut éviter le cloisonnement des

interventions et des intervenants pour ne pas compromettre l'atteinte de l'objectif poursuivi qui est l'amélioration de la sécurité au sein de la communauté. La collaboration entre les intervenants et les secteurs concernés ainsi qu'une coordination de leurs interventions est indispensable pour assurer la réussite du programme.

La concertation

Le PCO rappelle qu'au vu des différentes compétences impliquées dans la problématique, il est important de travailler en collaboration avec différents secteurs et niveaux de pouvoir impliqués. De même, il est primordial de créer des ponts entre les actions au sein des différents milieux de vie...

La coordination et la mise en œuvre du programme quinquennal de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité a été confiée à deux institutions partenaires : l'Asbl Educa Santé et l'ESP-ULB.

A partir de ce partenariat de base, se sont progressivement établies des ententes (accords durables) avec les secteurs suivants :

Politique des consommateurs :

- Commission pour la sécurité des consommateurs. Elle a pour mission principale de remettre des avis destinés à conseiller les ministres de tutelle (la ministre de la Protection de la Consommation et le ministre de l'Economie), ainsi que les pouvoirs législatifs et exécutifs sur les questions se rapportant à la sécurité des consommateurs. C'est également un lieu de dialogue et de concertation entre les consommateurs et les professionnels.
- Test achat : pour l'évaluation de la qualité des équipements de protection pour les enfants
- Plan d'action national belge pour la sécurité des enfants coordonné par le Crioc : comité de planification et rédaction du plan

Politique de l'emploi :

- Le service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, centre de promotion du travail pour la réflexion de la formation à la sécurité dans les milieux du travail et de la formation et de l'enseignement technique et professionnel.

Politique de la petite enfance et de la famille

- ONE : intégration des recommandations dans le guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant et formation des pédiatres à la prévention des accidents domestiques chez les enfants (Glemm de pédiatrie).
- La ligue des familles : intégration d'informations et de recommandations dans le « Journal de votre enfant »

Politique de l'environnement

- Nehap : approche stratégique commune dans le cadre du plan national concerté d'actions environnement santé

Soins de santé et services de première ligne

- SSMG : élaboration et validation d'outils de formation, d'information et de dépistage destinés aux médecins généralistes et aux professionnels de santé.
- Les Centres Universitaires et Départements de Médecine Générale (CUMG – DUMG) des facultés de médecine (ULg, ULB) : intégration d'un module de formation à la prévention des accidents domestiques dans la formation dans la spécialité en médecine générale
- Les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD) pour l'implantation des mesures de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.
- Les associations professionnelles de médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmières.

Secteur de la santé mentale

- Concertation inter cabinets ministériels (Communauté française, régions wallonne et bruxelloise) à propos de l'organisation d'une politique concertée en prévention du suicide

VIG

- Concertation pour campagnes nationales
- Echanges d'expertises

Ministère de la Justice

- Discussion d'un plan de contrôle et de gestion des armes à feu

Secteur des assurances

- Deux compagnies d'assurances, Ethias et le Centre Interdiocésain Assurances : pour la réalisation d'une étude épidémiologique des accidents et traumatismes survenant dans le cadre scolaire en Communauté française de Belgique et la mise en place d'un système permanent de récolte de données.

Autorités communales et contrats de sécurité

- Implantation des « Communautés sûres » et du guide « Sécurité dans les milieux de vie »

OMS et Réseaux internationaux

- Echanges d'expertise
- Mise en œuvre et diffusion d'un module de formation international
- Traduction du cours « Teach VIP » (60 leçons)
- Adaptation en E learning

Les objectifs du PCO et activités de ES/ESP-ULB et partenaires

Rappel de l'objectif général du PCO :

Susciter l'adhésion maximale de la population et des professionnels aux recommandations de prévention des traumatismes et promotion de la sécurité

Les objectifs opérationnels du PCO	Les acteurs
1. Développer la connaissance et la motivation des publics concernés vis-à-vis des mesures de protection passive, de prévention des accidents et de promotion de la sécurité → promouvoir l'utilisation de mesures de protection passive et développer les connaissances et les compétences du public cible et des professionnels pour l'adoption de mesures de prévention et de promotion de la sécurité ▪ Vis-à-vis des jeunes enfants ▪ Chez les jeunes en âge scolaire ▪ Auprès des personnes âgées ▪ Auprès de la population en général	▪ ES/ESP-ULB, Fontaine-L'-Evêque Communauté sûre, Test achat, ONE, CUMG-DUMG, SSMG ▪ ES/ESP-ULB, et SPF Emploi-Travail-Concertation sociale, Assurances ▪ ES/ESP-ULB, SISD, Carolo Prévention Santé ; FontaineL'Evêque Communauté Sûre, CUMG-DUMG, SSMG, Mutualités, Maisons médicales, Provinces, Administrations communales ▪ ES/ESP-ULB, CSC, CRIOC, Fontaine L'Evêque Communauté sûre, Contrats de sécurité,
2. Assurer la cohérence et la pertinence du programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité → Assurer la cohérence et la pertinence des actions menées, des mesures réglementaires proposées → Promouvoir une concertation/collaboration avec d'autres partenaires et niveaux de pouvoirs et introduire des démarches de PS dans d'autres secteurs	▪ ES/ESP-ULB, Ministère de la justice, Inter cabinets des ministères de la santé des entités fédérées, VIG, CSC, Plan d'action national belge de sécurité des enfants, ONE, Nehap, Fondation Roi Baudouin,

→ Maintenir ou développer un recueil de données psychosociales et épidémiologiques permettant de préciser les circonstances de survenue des traumatismes non intentionnels et les déterminants de santé en relation avec les risques d'accidents	▪ ES/ESP-ULB, Commission sécurité Fontaine L'Evêque, Assurances, OMS, Sanco CE,
→ Travailler la question de la violence dans une approche globale de la promotion de la santé avec les responsables de autres secteurs	▪ ES/ESP-ULB, SPF Emploi-Travail-Concertation sociale, Contrats de sécurité
3. Permettre l'accès maximal aux mesures de protection	▪ Test-Achats, Ministères logement des régions bruxelloises et wallonnes

Les actions

→ Objectif 1 : Développer la connaissance et la motivation des publics concernés vis-à-vis des mesures de protection passive, de prévention des accidents et de promotion de la sécurité

- **Vis-à-vis des parents de jeunes enfants :**
 - recherche sur l'acceptabilité des équipements de protection pour enfants par les milieux défavorisés'. Projet mené dans la ville de Fontaine-L'Evêque avec le personnel de l'ONE et d'un service de gardiennes encadrées.
 - évaluation de la qualité des équipements de protection pour les enfants et diffusion auprès du public avec test achat
 - développement du rôle des médecins généralistes et des pédiatres dans la prévention des traumatismes des jeunes enfants. Projet réalisé avec l'ONE pour la formation des pédiatres et avec les CUMG et DUMG des facultés de médecine de l'ULg et l'ULB
- **Auprès du milieu scolaire :**
 - recherche sur les accidents et traumatismes en milieu scolaire avec deux compagnies d'assurances
 - préparation d'une journée d'information des PSE sur les traumatismes en milieu scolaire
 - participation au groupe de travail 'enseignement' du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale pour préparer une journée d'étude sur les bonnes pratiques en prévention de la violence dans l'enseignement
- **Auprès des personnes âgées :**
 - implantation du référentiel de bonnes pratiques de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile avec la collaboration des SISD
 - expérimentation d'une approche communautaire et locale : Fontaine-L'Evêque « Communauté sûre »
- **Auprès de la population en général :**
 - avis de la CSC et réalisation de campagnes avec le VIG notamment sur la sécurité dans les aires de jeux

→ Objectif 2 : Assurer la cohérence et la pertinence du programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité

2.1 Assurer la cohérence et la pertinence des actions menées, des mesures réglementaires proposées

- meilleure connaissance de l'efficacité de certaines démarches participatives et communautaire notamment dans le cadre du projet « communauté sûre » de Fontaine L'Evêque
- augmentation des capacités des intervenants et professionnels dans le cadre du projet de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile et le projet 'développement du rôle des médecins généralistes et des pédiatres dans la prévention des traumatismes des jeunes enfants
- formation des autorités communales et des services de protection et de prévention à la promotion de la sécurité dans les milieux de vie
- appui méthodologique aux acteurs et aux actions : centre de ressources, documentation scientifique, outils et formations

2.2 Promouvoir une concertation/collaboration avec d'autres partenaires et niveaux de pouvoir et introduire des démarches de promotion de la sécurité dans d'autres secteurs

- rapport sur la prévention du suicide en Communauté française et mise en place de l'inter cabinets
- participation à la planification et la mise en œuvre du Plan national de sécurité des enfants
- concertation avec le Ministère de la justice sur la gestion des armes à feu
- sensibilisation des médias

2.3 Maintenir ou développer un recueil de données psychosociales et épidémiologiques permettant de préciser les circonstances de survenue des traumatismes non intentionnels et les déterminants de santé en relation avec les risques d'accidents

- dans le cadre de la « Communauté sûre » Fontaine L'Evêque : recueil de données auprès d'un service d'urgence hospitalier et des médecins généralistes se rapportant à tous les accidents survenus aux habitants de Fontaine l'Evêque ou sur le territoire de la commune
- idem : recueil d'informations auprès des personnes âgées de plus de 65 ans sur la survenue de chutes et la peur de chuter
- traitement et analyse des accidents scolaires répertoriés par les deux compagnies d'assurances les plus importantes en terme de couverture en milieu scolaire (tous réseaux confondus)

2.4 Travailler la question de la violence dans une approche globale de promotion de la santé avec les responsables

- participation groupe de travail 'enseignement' du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale pour la préparation d'un module de formation « communication de crise et prévention des violences symboliques à l'école » adapté aux jeunes enseignants.

- concertation avec le secteur de la santé mentale (inter cabinets) en vue de promouvoir les bonnes pratiques de prévention du suicide et de mettre en place un continuum de services
- concertation avec le Ministère de la Justice pour la sensibilisation des professionnels de santé, des milieux professionnels et de la population à la gestion et contrôle des armes à feu
- mise en place de tables rondes autour de la question des armes à feu en collaboration avec les contrats de sécurité
- mise en place d'une formation de prévention de la violence (rapport Violence et santé de l'OMS)

→ **Objectif 3 : Permettre l'accès maximal aux mesures de protection**

Cet objectif consiste à garantir l'accès aux mesures de protection en assurant la mise à disposition à la population de produits répondant aux normes de sécurité, notamment en ce qui concerne les appareillages, les jouets, le matériel utilisé dans différentes activités. Cet accès aux mesures de protection signifie également que des mesures de protection sont mises à disposition de certains publics ou de certains lieux.

- concertation avec la CSC sur le tatouage et piercing et la sécurité des aires de jeux
- promotion du détecteur de fumée avec les autorités communales et les corps de pompiers
- test du matériel de sécurité et diffusion des résultats par Test-achats
- législation sur l'obligation de placement des détecteurs de fumée par les régions wallonnes et bruxelloises
- diffusion de trousse de sécurité par certaines communes et certaines mutuelles – toujours en discussion avec l'ONE

Quelques réflexions

1. Les processus de concertation, quand ils s'installent dans la durée, sont efficaces et multiplient les capacités de mise en œuvre des programmes. Mais, leur mise en œuvre demande beaucoup de temps, de démarches répétées et de négociations, particulièrement avec les différents niveaux de décision politique.
2. Le développement de programmes thématiques parallèles et l'absence d'agenda général et d'approche transversale empêchent la mobilisation et l'intervention des professionnels de première ligne.
3. La recherche et les actions pilotes donnent des informations pertinentes pour l'action. Mais, le passage de l'anecdote expérimentale à la généralisation de la mesure demande des efforts qui dépassent le projet.
4. L'état lacunaire de l'information est un frein à la détermination pertinente des priorités et des mesures d'une part et un handicap à la mise en œuvre d'une évaluation des effets des programmes d'autre part.

