

# LA LETTRE DE L'ORS

## de Basse-Normandie

ISSN 1286 5338

Numéro 5

octobre 2001

## EDITORIAL

Voici notre cinquième "livraison" de "La lettre de l'ORS". Cette publication s'est étoffée considérablement. Si la matière en est abondante ce n'est pourtant pas là une raison suffisante. Jamais l'ORS n'aurait été capable de diffuser aussi largement un tel document sans le soutien et la participation des organismes dont le logo paraît en dernière page.

Si nous adressons nos remerciements à tous ceux qui, ayant reconnu la place importante de l'ORS dans la Santé Publique Régionale, lui apportent leur aide ; nous nous devons aussi de souligner le rôle décisif du Conseil Régional de Basse-Normandie dans le développement actuel de l'ORS et de sa communication.

Comme les précédentes lettres, cette publication traite essentiellement d'un sujet central d'actualité intéressant la région bas-normande dans son ensemble.

Cette année, l'ORS a voulu mettre l'accent sur les accidents de la route et leur prévention. En effet, les jeunes de 15 à 24 ans, qui ne représentent que 13% de la population, ont comptabilisé 29% des tués. Compte tenu du jeune âge des victimes, le nombre d'années potentielles de vie perdues doit être considéré, ce qui met l'accent sur ce drame régional.

Tous les acteurs régionaux concernés ont collaboré activement à cette publication par des contributions de très grande qualité et d'une richesse informative peu commune. Qu'ils soient vivement remerciés de ce travail considérable effectué pour rendre accessible au plus grand nombre une information fiable et récente.

Cette mise en commun d'informations spécialisées autour d'un sujet de santé publique, afin de les mettre à la disposition des différents acteurs de Santé publique et notamment des décideurs, est l'une des missions principales de l'ORS.

Une autre mission consiste à réaliser sous forme d'études la recherche d'informations nécessaires non disponibles car non encore collectées.

Le court résumé du "Bilan de l'humanisation des maisons de retraite et des logements foyers en Basse-Normandie" pratiqué pour le compte du Conseil Régional en fournit un exemple.

Notre effort de communication à l'intention de la communauté sanitaire et des relais de la population doit s'intensifier. La qualité de sa présentation doit s'améliorer. Aussi, prochainement, nous allons rendre "La lettre" accessible par courrier électronique et non seulement par courrier postal.

Docteur Jean ROBILLARD  
Président de l'ORS

## SOMMAIRE

Conférence Régionale de Santé,  
page 2  
Le CRPS,  
Handicap - Agir tôt,  
page 3  
Alcool et déni, Congrès de Flers,  
page 4

### — Dossier —

#### Sécurité Routière et Prévention

Santé publique et prévention routière :  
le Paradoxe

page 5

Qu'est-ce que la Prévention  
Routière ?, Quelques brèves

page 6

Quelques brèves (suite)  
La Sécurité n'a pas d'âge,

page 7

La Prévention Routière en Basse-Norman-  
die,

page 8-9

Accrochez-vous à la vie !,  
page 10

La Sécurité Routière dans le Calvados,  
page 11

Education Nationale et Prévention routière,  
page 12

Le rôle de la Gendarmerie dans  
la Prévention routière,

page 13

Justice et Sécurité routière,  
page 14

Le risque routier en entreprise,  
page 15

PMSI et Epidémiologie peuvent-ils faire  
bon ménage ?,

page 16

Enquête Urgences au CHU de Caen,  
page 17

Résumé : Bilan de l'humanisation  
des établissements pour personnes âgées en  
Basse-Normandie,  
Les IVG en 1999 en Basse-Normandie,  
page 18

La documentation,  
page 19

Info sur l'ORS,  
page 20

# Conférence Régionale de Santé du 18 janvier 2001

---

## Conclusions du Jury

**1) La Conférence Régionale de Santé** a fait le point sur les programmes en cours [Programme Régional pour l'Accès à la Prévention des Soins des personnes les plus démunies (PRAPS), Programme Régional de Santé "Alcool", PRS "Maltraitance"].

Le Jury exprime sa satisfaction vis à vis des résultats confirmant la dynamique créée et souhaite que les actions entamées puissent être poursuivies par des prises de relais financiers, aujourd'hui sur le PRS "Suicide", demain pour les autres PRS.

Le Jury souhaite également que chaque PRS se donne les outils de l'évaluation et se dote d'un programme spécifique de prévention et de promotion de la santé.

Le Jury se félicite que les orientations de l'année dernière (CRS 2000 ; voir la Lettre de l'ORS N°4) se trouvent confirmées par le démarrage du programme de prévention des cancers. Il préconise l'extension aux trois départements des actions exemplaires déjà mises en oeuvre dans ce domaine.

**2) Le Jury a constaté que l'usager est maintenant reconnu comme acteur à part entière de la santé** et de l'organisation du système de soins. Pour cela, il est important que l'usager puisse acquérir les connaissances lui permettant de jouer pleinement ce rôle.

**3) Le Jury est préoccupé par l'insuffisance et l'inégalité géographique de l'offre de soins ambulatoires.** Cette situation est aggravée par l'inégalité d'accès au système de soins pour les populations démunies, isolées ou atteintes de maladies chroniques invalidantes.

De ce fait, le Jury demande que les préoccupations sanitaires soient prises en compte dans les démarches actuelles d'organisation des territoires. Il en attend une meilleure cohérence entre offre et besoins, et une implication des élus locaux dans ces préoccupations.

A ce titre, le Jury rappelle l'intérêt évident de la continuité des soins entre l'hôpital et la médecine ambulatoire, de la complémentarité entre professionnels du social et du sanitaire. Le Jury déplore le cloisonnement des financements, limitant l'efficacité de l'ensemble.

**4) Le Jury réaffirme l'importance de la prévention et de la promotion de la santé** et, dans ce cadre, souhaite que soit renforcée la formation en groupes de personnes appartenant à des disciplines et des structures différentes.

Pour cela le Jury demande que la prévention et la promotion de la santé soient prises en compte - en matière budgétaire - au même titre que les soins curatifs.

**5) Après avoir entendu les experts et le public, le Jury souhaite que soit renforcées la compréhension du principe de précaution, l'importance de la veille sanitaire et de la traçabilité pour une gestion responsable des pathologies et des risques.**

Le Jury souhaite que tous ces aspects soient suivis tout au long de l'année sous la responsabilité du Comité Régional des Politiques de Santé.

# A propos du Comité Régional des Politiques de Santé

Les Conférences Régionales de Santé ont aujourd'hui acquis une véritable maturité et constituent depuis cinq années des moments privilégiés d'échange et de proposition pour la définition des priorités de santé publique de la région.

Mais, s'il est admis que ce point d'orgue annuel est incontournable pour permettre aux différents acteurs et usagers de s'exprimer publiquement, l'objectif d'amélioration de l'état de santé des populations ne peut trouver de concrétisation qu'à travers une certaine permanence de l'action.

Le législateur, en adoptant la loi de lutte contre les exclusions et en décidant de la mise en place, dans chaque région, d'un Programme d'Accès à la Prévention et à la Santé (PRAPS), a aussi institué un Comité Régional des Politiques de Santé (CRPS) dont la mission principale est d'assurer une certaine pérennité du dispositif.

Chargé du suivi, de la mise en œuvre du PRAPS, il est aussi investi d'une mission plus générale de concertation, de vigilance et d'évaluation sur l'ensemble des programmes régionaux.

Constitué de 24 membres et présidé par le Préfet de région ou son représentant, le CRPS a été mis en place le 24 mars 1999 et il se réunit depuis de manière régulière, deux ou trois fois par an.

Bien que peu connue du grand public, cette instance joue un rôle essentiel dans le suivi des programmes régionaux de santé dont les conditions de mise en œuvre lui sont régulièrement présentées et sur lesquelles elle est amenée à formuler toutes observations et propositions.

Le CRPS constitue également un lieu privilégié pour la connaissance des financements liés aux actions de santé publique qu'il s'agisse des crédits de l'Etat, du Fond National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS) ou de l'assurance maladie dans le cadre des compétences de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Enfin, il est important de souligner la part active que prend depuis sa création le CRPS dans la préparation de la conférence régionale de santé.

La future loi de modernisation du système de santé va modifier sensiblement le dispositif actuel. Il est notamment prévu de créer un conseil régional de santé dont la composition, largement ouverte aux élus et aux usagers, laisse bien augurer de l'évolution de l'exercice de la démocratie sanitaire dans notre pays. Des interrogations subsistent, toutefois, sur l'identification claire de l'animateur de la politique de prévention et de promotion de la santé au niveau régional.

Ce point nous semble fondamental pour conforter le dynamisme existant aujourd'hui dans ce domaine et préserver un bon niveau de cohérence entre décideurs et financeurs.

**Monsieur Jean-Yves ALLEE**

*Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de Basse-Normandie*

## Handicap - Agir tôt

Une campagne va bientôt avoir lieu en Basse-Normandie sur la nécessité d'agir tôt pour diagnostiquer et prendre en charge les handicaps de l'enfant qu'ils soient intellectuels, moteurs, sensoriels ou psychiques.

Un recensement des différents intervenants collaborant à ces actions, effectué pour chaque département bas-normands, permettra une aide de l'enfant et un soutien de ses parents mieux adaptés.



Association Nationale  
des Equipes Contribuant à  
L'Action Médico Sociale Précoce



# PRS Alcool : Congrès "le déni" des 18 et 19 octobre 2001 à Flers (Orne)

Le Programme Régional de Santé (PRS) "Alcool" s'est engagé autour d'un travail sur le DENI des phénomènes d'alcoolisation dans la population et chez les professionnels. Ce mécanisme défensif permet de ne pas être en contact avec la souffrance, qu'elle soit individuelle, familiale ou sociétale.

Au cours de ce Colloque, on cherchera à interroger ces différentes dimensions, à susciter de nouveaux éclairages, à croiser les regards à partir des différents champs : sanitaires, sociaux, médiatiques, politiques, ... tout en incluant les autres addictions aux drogues licites et illicites (tabac, stupéfiants, médicaments, ...).

Dans le cadre de l'Atelier N°3, l'ORS présentera les premiers résultats de l'enquête régionale sur les problèmes d'alcool identifiés par les médecins généralistes.



## Conférence plénière du 18 octobre (matin)

**8h30** : Accueil des participants

**9h00** : Allocutions d'ouverture :

- Monsieur le Préfet de l'Orne

- Monsieur Y. Gouasdoue, maire de Flers

**9h30** :

**"Les fonctions du déni en addictologie : un mode de défense partagé"**, Madame M.M. Jacquet, Maître de Conférence en Psychologie, Nanterre

**"Les risques de l'alcool : Entre ignorance et déni"**, Docteur A. Rigaud, Psychiatre, Reims

**10h45** : Pause

**11h15** :

**"L'alcool, enjeux de socialisation, entre dénégation et contournement"**, Monsieur L. Boceno, Sociologue, Caen

**"Entre déni et dimension intégrée des consommations, quels mécanismes sociaux sont à l'œuvre ?"**, Monsieur M.H. Soulet, Professeur en Politiques Sociales, Fribourg

**12h30** : Repas (Salle des Fêtes et Salle "Petite A")

## Conférence plénière du 19 octobre (après-midi)

**14h00** : "Déni de l'alcool, déni de l'alcoolique", Docteur C. Jacob, Psychiatre, Metz

**14h30** : Synthèse et Perspectives :

Tribune avec les conférenciers,  
Discussion et débat.

**16h00** : Conclusion par Madame Maestracci, Présidente de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)

**17h00** : Clôture du Congrès

**Pour toute information complémentaire (coûts, hébergement, choix d'ateliers,...)**

**Secrétariat Congrès :**

**Tél. : 06.17.61.22.46**

**Fax : 02.33.66.21.69**

## Les Ateliers des 18 octobre (après-midi) et 19 octobre (matin)

Les Ateliers 3 et 10 n'auront lieu que le 18 octobre et l'atelier N°5 que le 19 octobre 2001

**Atelier N°1 : L'obligation peut-elle lever le déni ?**

Dr Etisabeth OURY, PRISME - Mr Eric HONORE, SPIP 14

**Atelier N°2 : La loi du tout ou rien réinterrogée**

Mme Mireille CARPENTIER, CDPA 14

**Atelier N°3 : Etre à l'aise avec l'alcool pour être à l'aise avec le consommateur**, Dr Louis LEBOCEY, Médecin Alcoologue 14

**Atelier N°4 : Addictologie de liaison : un outil anti-déni ?**, Dr Antoinette MIALON, Intersecteur Alcoologie STLO - 50

**Atelier-débat N°5 : Substances psychoactives : une préoccupation quotidienne des élus**, Débat animé par M. Christophe POUILLAIN, Journaliste à FR3

**Atelier N°6 : Travail, Alcool, Sécurité, Déni**

M. Elvar DESNO5, CDPA 14 - Dr Philippe CLEREN, MSA 14

**Atelier N°7 : Les enfants de parents alcooliques : prévention active**, Mme Sylvie GUESNON - Intersecteur d'alcoologie, Saint-Lô 50

**Atelier N°8 : Alcool et tabac : sevrage simultané**

Dr Béatrice LEMAITRE, CHRU 14 - Dr Olivier STCHEPINSKY 50

**Atelier N°9 : La Prévention**, Dr Elisabeth OURY, PRISME

**Atelier N°10 : Précarité : déni de l'exclusion**, Dr François PIEDNOIR, Médecin Inspecteur de Santé Publique DDASS 14

# Dossier :

## Sécurité Routière et Prévention

### Santé publique et prévention routière : le Paradoxe

Avec 8 487 morts (à 30 jours de l'accident) et 167 572 blessés dont 31 851 graves en France en 1999 (Bilan annuel de l'Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière), les accidents de la route sont évidemment un problème majeur de Santé Publique.

Comme toujours, on y retrouve l'intrication de ce qui dépend de l'individu, de la société et de l'environnement. Ce qui explique la multiplicité des intervenants pour sensibiliser, informer, éduquer, former mais aussi dissuader et réprimer ; tous contribuant à la prévention.

La liste des Ministères participant à l'Observatoire National Inter-ministériel de Sécurité Routière (ONISR) est parlante : Justice, Intérieur, Défense, Equipement Transports et Logement. A ceux-ci se sont adjoints entre autres, assureurs et constructeurs automobiles.

La Santé est donc bien l'affaire de tous, mais là surgit le paradoxe : **la discrétion en matière de Prévention routière, des acteurs de Santé et du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.**

Car si les acteurs de santé sont remarquables pour ce qui est de la fonction de soins, ils sont absents pour ce qui est de la prévention et de l'évaluation et ne sont même pas cités dans les sources de l'ONISR. Notons toutefois les activités des CRAM et des Directions Départementales du Travail et de l'Emploi.

Alors que grâce aux enquêtes REAGIR, les accidents sont décortiqués pour ce qui est de leurs circonstances, la santé ne peut en tirer les conséquences ; elle comptabilise les morts, classe les blessés graves sans en spécifier les pathologies et prend en charge les séquelles sans qu'on puisse les rattacher à la route.

Comme de coutume en France, on sait de quoi on meurt, peu de quoi on est malade et pas comment l'on est soigné.

Cette situation regrettable mériterait que l'on s'y attache sérieusement car ce ne sont pas les bonnes volontés qui manquent, cette Lettre en est le constat ; et le remarquable travail du Service des Urgences Chirurgicales du CHU de Caen démontre la possibilité de l'action.

Nous avons essayé d'en savoir plus sur l'aval des accidents et en particulier la morbidité séquellaire. Mais les données difficiles à extraire sont éparées, nous les avons artificiellement rassemblées en quelques brèves dont nous remercions les auteurs.

Toutefois, il nous apparaît, vu la gravité des séquelles des accidents, que l'objectif "zéro tué" n'est pas suffisant d'où la nécessité encore plus grande d'actions de prévention allant de l'éducation à la répression. Un Programme Régional de Santé permettrait peut-être une meilleure prise de conscience tant des usagers que des acteurs médico-sociaux et des autres intervenants. Ce PRS pourrait pallier l'inertie des pouvoirs publics si prompts à réagir devant des dangers moins évidents mais bien mieux médiatisés car moins banalisés.

**Docteur André FLACHS**  
Vice-Président de l'ORS,  
Rédacteur en Chef de la Lettre

**NDLR** : Nous remercions les auteurs des articles ainsi que le Professeur A. THOUIN, président du Conseil Scientifique de l'ORS, le Professeur F. LEROY du CHU de Caen, le Colonel POIBLANC commandant la Légion de Gendarmerie départementale de Basse-Normandie, Madame P. TOSTAIN, Coordinatrice de la Sécurité Routière et Monsieur R. PIMONT, Maire-adjoint de Caen pour leurs précieuses collaborations.

# Qu'est-ce que la Prévention routière ?

Association privée, reconnue d'utilité publique, La Prévention Routière agit grâce au seul soutien financier de ses adhérents et aux aides que lui apportent les collectivités locales et les entreprises.

Créée en 1949, La Prévention Routière est reconnue d'utilité publique depuis 1955. Avec 250 000 adhérents, elle est aujourd'hui l'une des principales associations de France. Les adhésions représentent 70% du budget global de l'association qui est de 90 millions de francs par an. Le reste provient de subventions de collectivités locales ou d'entreprises.

Au-delà de leur apport financier, les adhérents par leur comportement et leur engagement contribuent fortement à la légitimité de La Prévention Routière et partagent l'objectif de l'association : une route plus sûre et plus conviviale. Leur adhésion est dé-

sintéressée mais en partie déductible.

L'association agit par le biais de ses 101 comités départementaux (France et outre-mer), présents sur le terrain, et grâce aux relais de 5 000 bénévoles.

D'autres acteurs agissent dans le domaine de la prévention des accidents de la route : il s'agit notamment d'associations de victimes.

Pour sa part, l'État a nommé, dès 1972, un délégué interministériel de la sécurité routière qui a mis en place les premières réglementations concernant la vitesse, l'alcool et le port de la ceinture. La Direction de la sécurité et de la circulation routière, plus connue du grand public sous le nom de Sécurité routière, est parfois confondue avec La Prévention Routière. Les deux organismes le premier public, le second privé ont en fait un rôle complémentaire et un objectif commun : **la réduction des accidents de la route**.

## Quelques Brèves

### ⇒ Dernière Nouvelle : Ouest-France, 28 septembre 2001

La Préfecture du Calvados et ses partenaires organisent du 22 au 28 octobre 2001, une semaine de sensibilisation à la Sécurité Routière sur le thème : «Vigilants sur la route».

### ⇒ Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière

1999	Tués	Blessés
Calvados	107	1 883
Manche	63	1 419
Orne	50	543
Basse-Normandie	220	3 845

Source : Bilan annuel de l'Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière, 2000

### Estimation du coût des accidents corporels en 1999 en France

8 487 tués : 33,5 milliards de Francs

31 393 blessés graves : 12,8 milliards de Francs

135 721 blessés légers : 11,7 milliards de Francs

Soit un coût total de 58 milliards de Francs en 1999

**NDLR : le prix du sang mais pas celui des larmes.**

# Quelques Brèves (suite)

## ↳ Service de Rééducation Neurologique d'Aunay-sur-Odon (Docteur JOKIC)

En 2000, 32 patients victimes d'AVP avec lésions cérébrales pris en charge :

- 35 ans de moyenne d'âge,
- Plus de 90 jours de durée moyenne de séjour,
- dont :
  - ✓ 5 porteurs de sonde de gastrostomie,
  - ✓ 10 hémiplegiques,
  - ✓ 4 tétraplégiques,
  - ✓ 20 avec troubles de la mémoire,
  - ✓ 16 avec syndrome frontal.



## ↳ Institut de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle d'Hérouville-Saint-Clair (Docteur PRADERE)

En 2000, 43 patients, victimes d'accidents de la voie publique, pris en charge (sur 614 accueillis).

## ↳ Institut pour la Recherche sur la Moëlle Epinière (Docteur LECOURTOIS)

Les Accidents de la Voie Publique (AVP) causent environ 700 cas par an de traumatismes de la moëlle épinière en France, entraînant paraplégie ou tétraplégie.

# La Sécurité n'a pas d'âge

Les Seniors de la Route de 65 ans et plus représentent aujourd'hui 16% de la population, mais les prévisions démographiques portent cette proportion à 30% en 2040. L'insécurité routière est un problème qui concerne chacun de nous. Les seniors sont des conducteurs vis à vis desquels il est nécessaire de concevoir des dispositions leur permettant de conserver un niveau de sécurité optimum sur la route (problèmes visuels, auditifs, psycho-moteurs inhérents aux effets de l'âge).

Ces dispositions peuvent être de plusieurs types : - **médicales** : suivi par un médecin traitant - **réglementaires** : certains points du Code de la Route évoluent et il est nécessaire de les reconsidérer lorsqu'on a son permis de conduire depuis longtemps - **pragmatiques** : un sentiment d'insécurité se fait souvent ressentir face aux nouveaux aménagements routiers (ronds-points, voies rapides,...).

### 1. Données statistiques :

Si nous considérons le taux de gravité selon la formule suivante : Nombre de tués / Nombre de victimes x 100, on constate qu'il est de 4,57 toutes classes d'âge confondues, alors qu'il est plus que doublé (9,31) chez les 65 ans et plus.

Par ailleurs, le taux de blessés graves est de 19% toutes classes d'âge confondues, alors qu'il est de 27% chez les seniors.

### 2. Analyse de l'accident :

- le plus fort taux de tués se trouve en rase campagne (+ de 65 %).
- le plus fort taux de blessés graves se trouve en agglomération (55%).

### Facteurs principaux en cause :

- mauvaise évaluation des distances et des vitesses (refus de priorité et dépassements dangereux),
- problèmes de placement sur la chaussée.

### Lieux de choc :

- routes départementales (42%)
- routes nationales (30%)
- autoroutes (3%)

### Types de choc :

- latéraux (29%)
- frontaux (23%)



La complexité de la circulation automobile d'aujourd'hui nécessite des facultés de self-adaptation et de compréhension particulièrement exigeantes, pouvant être développées par des professionnels de la Sécurité Routière.

**Projet :** La mise en place d'un stage de "remise à niveau" pourrait être envisagé sous la forme d'une demi-journée d'information comprenant :

- la distribution d'un questionnaire sur le Code de la route, les comportements des conducteurs, l'alcool, les médicaments, l'insomnie,... Des réponses seraient apportées à toutes ces questions à l'aide d'un support pédagogique adapté.
- des tests visuels et auditifs (tests anonymes) conjugués à des informations sur la prise d'alcool et/ou médicaments.

La réponse à ces questionnaires et tests est anonyme et personnelle.

Cette "remise à niveau" permettrait à chacun de faire le point sur ses connaissances, et tout stagiaire ou membre de sa famille pourrait (à titre personnel) avoir accès à des informations supplémentaires auprès de ces professionnels.

**Madame Marie-France PILLON**

Formatrice Sécurité Routière - CAFPA Formations

**Monsieur Pierre EMMANUELLI**

Président de CAFPA Formations

## En 2000, DES ACTIONS AUPRES DES JEUNES MAIS EGALEMENT DES ENTREPRISES



### 1. Actions en direction des jeunes

q La Prévention Routière du CALVADOS met en œuvre 3 pistes cyclistes avec le concours de moniteurs de la Police Nationale et de la Gendarmerie, et une 4<sup>ème</sup> piste en collaboration avec la Prévention Rurale.

Au cours de l'année scolaire 360 classes ont été accueillies sur ces pistes soit 12 000 élèves des classes de CMI et CM2. A cet exercice pratique de circulation à bicyclette s'ajoute une présentation des dangers de la circulation et des règles de base du code de la route, en classe, avec un support pédagogique adapté (vidéo). Un document sur les règles de circulation pour les 2 roues édité par la Prévention Routière est remis aux élèves.

q En vue de sensibiliser les élèves du primaire aux règles de sécurité lors de leurs déplacements en deux roues, les animations suivantes ont été conduites : - Minimoto à Bellengreville et Falaise, - Préparation du Brevet de sécurité routière dans 5 Collèges et Lycées du département : sensibilisation de 750 élèves.

q Une piste cycliste a été mise en œuvre cet été dans quinze centre aérés du CALVADOS, avec le concours de moniteurs de la Police Nationale.

q Lors de la Semaine "Caen, capitale de la Sécurité Routière" du 23 au 28 octobre 2000, la Prévention Routière a assuré les animations suivantes :

- o Campagne de sensibilisation des parents pour attacher leurs enfants en voiture ;
- o Journée du 24 octobre consacrée à la formation des scolaires à la sécurité routière. (Déplacements trajets = domicile - école) : 240 élèves ont participé ;
- o Journée du 27 octobre à FALAISE (- Animation par la voiture tonneau pour démontrer l'efficacité du port de la ceinture et - accueil de 6 classes (180 élèves) au stand sur la Prévention Routière ;
- o Une opération "conducteur sobre" a été organisée avec 10 discothèques du département, sur 2 week-ends, où l'animation consistait à inviter un jeune à s'engager à ne pas boire pour raccompagner en sécurité ses camarades à l'issue de la soirée. Cette opération qui a bien fonctionné sera reconduite en 2001.

### 2. Actions dans les entreprises

Cette année nous avons mené des actions dans les entreprises à la demande de certaines directions (Entreprises du bâtiment, SNCF, Service des Eaux, etc.). Ces conférences ont pour but :

- o de sensibiliser les personnels sur les risques routiers, en général, sur le risque trajet-travail, en particulier, participant ainsi à l'effort en vue d'une meilleure sécurité sur les routes grâce à des modifications de comportement chez les automobilistes,
- o d'informer les conducteurs sur les nouvelles réglementations.

### 3. Concours aux collectivités locales

A la demande d'élus locaux, nous étudions les problèmes de sécurité rencontrés sur certains axes, dans la traversée de localités aux sorties d'école, et proposons les solutions qui paraissent répondre au problème posé, pour une meilleure sécurité des usagers.

### 4. Participation aux travaux des commissions départementales

q Commission de sécurité des épreuves sportives se déroulant sur la voie publique ;

q Commission d'agrément des AUTO-ECOLES ;

q Plan départemental d'action de sécurité routière : mise en œuvre d'actions de prévention dans les domaines de la vitesse, de l'alcool au volant, du port des équipements de sécurité et d'amélioration de l'infrastructure et de la signalisation, actions d'information auprès du public ;

q Participation aux enquêtes REAGIR, à la suite d'accidents graves et mortels.

### 5. Campagnes d'information du public

La prévention Routière mène des campagnes d'information par la diffusion de messages de sécurité routière en vue d'améliorer le comportement des usagers de la route. Les actions suivantes ont été menées :

q Avec les radios nationales et locales : une série de messages de sécurité routière à l'occasion des déplacements pendant la période estivale 2000.

q En collaboration avec les collectivités locales, la campagne d'affichage sur la sécurité des piétons s'est poursuivie cette année. Dans le Calvados une vingtaine de communes participent à cette action.

q Une nouvelle campagne d'affichage est en cours pour en appeler avec encore plus de vigueur, à la prudence et à la responsabilité de la part des usagers de la route.





## LA FORMATION ET L'EDUCATION DES JEUNES : UNE PRIORITE DANS LA MANCHE



### ¶ Animation en maternelle sur les dangers de la route

Cette action a pour but de sensibiliser les plus jeunes aux dangers de la rue à l'aide de ces deux thèmes :

#### La bonne place :

- ⊘ inciter à respecter les règles dans toutes les situations de la vie courante auxquelles ils peuvent se trouver confrontés,
- ⊘ apporter la connaissance des espaces de circulation (trottoir, chaussée, aires de stationnement, passage piétons).

#### La bonne couleur :

- ⊘ Reconnaître et faire la différence entre le **Rouge** (= danger) et le **Vert** (= c'est permis).

### ¶ Pistes d'éducation routière pour l'initiation à la conduite d'une bicyclette

Sur 10 pistes d'éducation routière à travers le département, 20 moniteurs (police nationale, gendarmerie nationale et prévention routière) enseignent aux élèves de CM1 et CM2 des cours d'éducation routière et de maniabilité sur la conduite d'une bicyclette.

Les objectifs de cette action sont :

- ⊘ apporter une formation théorique et pratique aux jeunes en âge de conduire leur premier deux-roues dans le but de limiter les comportements à risques pour parvenir à limiter fréquence et gravité des accidents.
- ⊘ rappeler les mesures de sécurité entourant la conduite des deux roues.

### ¶ Education à la sécurité pour les transports de jeunes

Parvenir à une éducation à la sécurité pour les transports de jeunes, concernant l'ensemble des élèves en donnant la priorité à ceux qui utilisent quotidiennement les transports collectifs routiers.

Les objectifs sont :

- ⊘ apprendre à quitter rapidement un véhicule de transport scolaire lors d'un accident,
- ⊘ sensibiliser tous les acteurs du transport collectif à l'ensemble des problèmes de sécurité,
- ⊘ apprendre le respect des consignes dans un car,
- ⊘ alerter les secours, protéger les lieux, prendre conscience du danger.

### ¶ Mobiliser les jeunes contre l'insécurité routière et les dangers de l'alcool au volant

Prévention du risque "alcool", la nuit et le week-end en particulier :

- ⊘ valoriser le conducteur qui décide de rester sobre pour ramener ses camarades après la fête,
- ⊘ en accord avec les directeurs de discothèques, rechercher les conducteurs qui ne consommeront pas d'alcool, leur offrir l'entrée, les consommations non alcoolisées et leur remettre un bracelet et un carton d'inscription pour le concours des "Capitaines de soirée".

**Monsieur Daniel CHARF**

Directeur de la Prévention Routière de la Manche



## LES ACTIONS DU COMITE DE L'ORNE EN 2000

### 1. Prévention au profit des jeunes

¶ **Pistes d'éducation routières** : Animées par des moniteurs spécialisés de la Gendarmerie Nationale et de la Police Municipale d'Argentan, les 5 pistes du Comité Départemental ont été mises en œuvre dans **une centaine de communes de l'Orne** au bénéfice des élèves des classes de CMI et CM2 de 145 écoles.

¶ **Piste Mini-Moto** : Cette piste a été mise à la disposition des élèves des écoles de Rémalard et de L'Aigle pour **600 jeunes élèves** de CMI-CM2, en partenariat avec la Gendarmerie et les communes concernées.

¶ **Piste Motocycliste** : Animée par la Police Nationale, elle a été mise à la disposition des élèves de 6 classes de 3<sup>ème</sup> des collèges d'Alençon.

¶ **Piste "Conduite Accompagnée"** : La Piste "10 de Conduite Accompagnée" animée par la Gendarmerie Nationale a été mise à la disposition des élèves de 8 classes de 2<sup>nd</sup> des lycées de Domfront.

¶ **Prévention dans les Collèges et Lycées** : Dans le cadre de son action en milieu scolaire, la Prévention Routière a mis gratuitement à la disposition des enseignants de nombreux documents destinés à faciliter la mise en œuvre de l'éducation routière. Le Directeur Départemental a effectué des séances de prévention, dans les collèges et dans les lycées professionnels.

### 2. Prévention au profit des adultes

Au cours du mois d'octobre 2000 s'est déroulée la **46<sup>ème</sup> Campagne d'Eclairage et de Signalisation** qui a pour but de procéder à la vérification et au contrôle des organes d'éclairage et de signalisation des véhicules avec réglage gratuit des projecteurs. Cette opération a été menée par la Prévention Routière et 81 garagistes.

La Prévention Routière a organisé une séance d'information avec pratique de conduite sur le circuit d'Essay pour les chauffeurs de taxi et 2 séances - débats auprès d'entreprises. Elle a également animé 2 séances d'information au profit des personnes âgées à Alençon et Bellême pour 150 personnes.

La Prévention Routière a participé au 2 Forums organisés en partenariat avec la Préfecture, le Conseil Général et l'Education Nationale à Flers (mai) et L'Aigle (Octobre).

Avec la ville d'Alençon, la Prévention Routière a tenu un stand lors du week-end du Vélo le 1<sup>er</sup> juin.

Mise en place d'un stand ALCOOL lors des audiences du Tribunal Correctionnel d'Alençon relatives à la conduite en état d'alcoolémie (3 matinées par mois).

### 3. Prévention au profit des conducteurs

En 1999, la Prévention Routière a organisé **26 stages** pour conducteurs infractionnistes (stage de récupération de points) pour **408 stagiaires**. En 2000 (arrêté au 1<sup>er</sup> novembre), la Prévention Routière a déjà organisé **21 stages** pour **343 stagiaires**.

**Monsieur Alain MARTIN**

Directeur de la Prévention Routière de l'Orne



## Attacher son enfant, c'est un geste d'amour !

### HISTORIQUE DE L'ASSOCIATION

La **Ligue Contre la Violence Routière**, à partir de 1989, a innové le système de **prêt de sièges auto bébé pour les nouveau-nés dans les maternités** et cette initiative a favorisé la mise en place de la réglementation rendant **obligatoire au 1<sup>er</sup> janvier 1992** l'utilisation de "Dispositif de Retenue pour Enfants" (DRE) dans les voitures. Cette obligation visant à mieux protéger tous les enfants et notamment les nouveau-nés oblige les parents à acheter du matériel spécifique (700 F et plus par enfant, pour des matériels de qualité) pour quelques mois d'utilisation seulement. Pour beaucoup, ces dépenses sont jugées onéreuses d'autant plus qu'ils considèrent que l'accident n'arrive qu'aux autres.

La **Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Calvados** (à laquelle se sont adjointes celles de la Manche et de l'Orne) et la **Ligue Contre la Violence Routière**, en collaboration avec les autres organismes de sécurité sociale et mutualistes du département ont créé une association "**ACCROCHEZ-NOUS A LA VIE !**" qui a pour objet de prêter des Dispositifs de Retenue pour Enfant dans toutes les maternités à tous les parents qui adhèrent à l'association (cotisation annuelle : 200F). Cette association couvre toute la Basse-Normandie, mais également l'ensemble de l'Eure, une partie de la Seine-Maritime et des Pays-de-la-Loire.

### OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ASSOCIATION

- q Protéger la vie des enfants par le prêt d'un siège auto ;
- q Mettre la sécurité des enfants en automobile à la portée de tous ;
- q Sensibiliser les jeunes parents à la prévention des accidents pour les diminuer et si possible les supprimer.

### LA PREVENTION TELLE QUE NOUS LA CONCEVONS...

En terme de prévention routière, beaucoup d'efforts ont été faits pour améliorer la sécurité des enfants sur la route. Les méthodes éducatives ou les spots plus choquants ne semblent pas persuader tous les usagers. Les chiffres d'accidentologie routière sont sur la voie de l'amélioration. Cela est d'autant plus vérifié si l'on considère que le parc automobile français ne cesse d'augmenter d'année en année alors que le nombre de tués sur la route régresse lentement.

Après ces éléments constatés par rapport à la prévention routière, "Accrochez-Nous à la Vie" a décidé qu'il fallait agir sur les comportements routiers dès la sortie de la maternité. En effet, "Accrochez-Nous à la Vie !" prête des sièges-auto aux familles dès la sortie de la maternité pour transporter les nourrissons en toute sécurité. Cette forme de prévention apporte plusieurs avantages.

1. Les nourrissons sont sensibilisés dès leur plus jeune âge au port de la ceinture de sécurité en voiture. Il sera peut-être plus évident pour ces futurs adultes d'avoir le réflexe de s'attacher en voiture et de vivre avec cette habitude.
2. En attachant leurs enfants, les parents (ou autres adultes) penseront à leur propre sécurité et mettront peut-être leur ceinture plus souvent.
3. Les enfants ayant toujours eu l'habitude de s'attacher rappelleront peut-être à leurs parents (ou autres adultes) qu'eux aussi doivent s'attacher. La prévention viendra de la bouche même des enfants.

Cette nouvelle forme de prévention via les enfants ne doit pas nous faire tomber dans le piège d'une trop grande responsabilisation des enfants par rapport aux adultes ; ce sont les adultes qui doivent protéger les enfants et non pas le contraire... Rappelons que la Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant "réaffirme le fait que les enfants ont besoin d'une protection et d'une attention particulière en raison de leur vulnérabilité, et souligne plus particulièrement la responsabilité fondamentale qui incombe à la famille pour ce qui est des soins et de la protection". Déjà, nous avons parfois quelques commentaires de parents qui avouent être plus prudents au volant depuis que bébé est à bord. Il est encore trop tôt pour pouvoir constater l'impact de cette forme de prévention et ce n'est plus tard que nous saurons si le pari est gagné, si ces nourrissons devenus adultes sont plus prudents et appliquent de manière systématique les conseils de sécurité qu'ils auront pratiqués dans leur petite enfance.

**Rendez-vous donc dans quelques années !**

# La Sécurité Routière dans le Calvados

La définition de la politique en matière de Sécurité Routière est élaborée sous l'autorité d'un Délégué Interministériel nommé par le Premier Ministre. Actuellement, Mme Isabelle MASSIN exerce ces fonctions.

Au niveau départemental, le Préfet est responsable de la politique de Sécurité Routière dont il délègue l'animation au Sous-Préfet chargé de la Sécurité Routière. Dans le département, cette mission a été confiée à M. François CAVARD, Directeur de Cabinet du Préfet.

Un coordinateur Sécurité Routière (Mme Paule TOSTAIN pour le Calvados) placé sous l'autorité du Sous-Préfet est chargé de la mise en œuvre de cette politique.

La politique départementale est synthétisée dans le Plan Départemental d'Actions de Sécurité Routière (PDASR). Ce plan est élaboré à partir de statistiques de l'accidentologie et sur les conclusions des enquêtes RÉAGIR (Réagir par des Enquêtes sur les Accidents Graves et par des Initiatives pour y Remédier) diligentées lors d'accidents mortels de la circulation routière.

Le Préfet dirige et coordonne l'action des services de l'État et, en tout premier lieu, les services de Police et de Gendarmerie ainsi que la Direction de l'Équipement. Il bénéficie du concours de l'Inspection Académique du Calvados. Il peut également compter sur les 130 Inspecteurs Départementaux de Sécurité Routière (IDSR) qui sont des bénévoles regroupés au sein du collège technique "RÉAGIR". Ils sont nommés par le Préfet après avoir effectué une formation spécifique.

Les IDSR ont deux types de missions :

q Ils participent aux commissions d'enquêtes nommées par le Préfet à la suite d'un accident mortel.

Ces commissions, composées de 3 à 4 inspecteurs, sont chargées de réaliser une enquête technique distincte de l'instruction judiciaire permettant de déterminer les causes des accidents et de faire des propositions pour y remédier. Une vingtaine d'enquêtes est réalisée chaque année dans le département.

q Ils peuvent proposer des actions de Sécurité Routière et participer aux manifestations organisées dans le cadre du PDASR.

Ce plan est établi chaque année. Il regroupe les projets d'actions de prévention présentés par les services de l'État, les collectivités locales, les associations et tous les partenaires de la Sécurité Routière. Les projets sont choisis en fonction des grandes orientations de la politique départementale de Sécurité Routière.

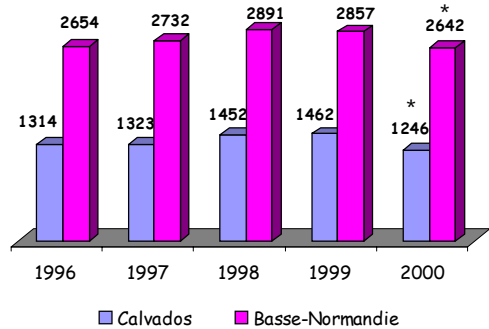
La délégation interministérielle accorde tous les ans des crédits (600.000 F pour 2001) afin d'aider des actions novatrices en matière de Sécurité Routière. Le PDASR 2001 a retenu 39 actions dont 35 bénéficieront d'une aide de l'État.

La politique de Sécurité Routière ne pourrait se développer sans un vaste réseau de partenaires qui œuvrent souvent bénévolement sachant que la cause qu'ils défendent est essentielle puisqu'il s'agit de sauver des vies humaines.

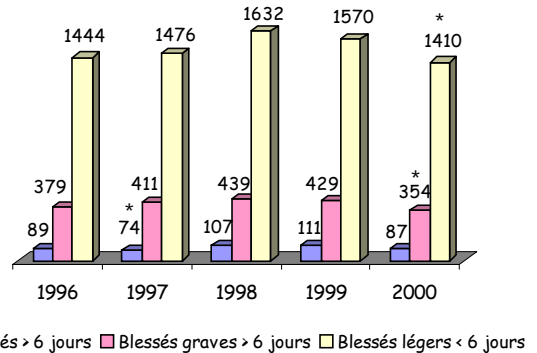
**En 2000 dans le Calvados, sur 11 391 visites médicales permis de conduire, 402 inaptitudes constatées, dont 256 dues à l'alcool.**  
(Source : M. S. Rault, Préfecture du Calvados, 2001)

## Quelques chiffres

### Accidents corporels et mortels de 1996 à 2000



### Répartition des victimes de la route dans le Calvados de 1996 à 2000



\* : Chiffres les moins élevés depuis le recensement des données.  
Source : Direction Départementale de l'Équipement

### Les accidents mortels en 2000 : 87 tués dans 82 accidents

#### q Catégories d'usagers

La diminution du nombre de tués en 2000 porte essentiellement sur les catégories d'usagers "vulnérables" (piétons, deux roues), qui représentent toutefois encore 31 % des tués (42% en 1999) : 10 motocyclistes (-6), 8 cyclomotoristes (-1), 2 cyclistes (-5), 7 piétons (-8).

#### q Classes d'âges

On constate en 2000 une diminution significative du nombre de tués dans les tranches d'âge > 65 ans (-11) et 15/24 ans (-7), qui avaient été très fortement touchées en 1999. Toutefois, la tranche d'âge 15/24 ans demeure particulièrement exposée au risque routier : 29% des tués, alors qu'elle ne représente que 13% de la population.

q L'alcool au volant et / ou le non port de la ceinture de sécurité sont toujours des facteurs importants, provoquant au total près d'1 tué sur 3 dans le département.

q Plus d'1 accident mortel sur 3 (29) implique un véhicule seul (perte de contrôle), avec dans 66% des cas (19) heurt d'obstacle fixe (arbre, poteau, tête de buse, etc.).

#### q Localisation des accidents mortels

- 1 sur autoroute (A84) (=)
- 19 sur route nationale (=)
- 58 sur route départementale (-19)
- 4 sur Voie Communale (-8)

Parmi les 78 accidents sur les réseaux national et départemental, 41 sont survenus sur les axes principaux, les plus circulés, dont la longueur représente environ 10% de l'ensemble de ces réseaux.

75% des accidents mortels sont intervenus hors agglomération, 75% hors intersection.

**Monsieur François CAVARD**

Directeur du Cabinet du Préfet du Calvados

# Education Nationale et Sécurité routière

## L'insécurité Routière et les jeunes : Un projet académique

L'insécurité routière est trop souvent justifiée par la fatalité ou perçue comme un phénomène de société difficile à corriger. Sur ce point le tribu des jeunes est significatif : 2000 jeunes de 15 à 24 ans ont perdu la vie en 1999. L'équivalent d'un gros lycée ! L'Académie de Caen essaye de mobiliser tous les acteurs pour impulser une prise de conscience collective sur le problème de l'insécurité routière.

Dans une approche éducative globale, nous devons sensibiliser les jeunes aux risques et aux dangers susceptibles de se présenter dans les diverses circonstances de la vie quotidienne afin de développer des comportements et des attitudes adaptés et responsables.

3 initiatives pour développer des actions de terrain dans les trois départements sont en cours de réalisation pour 2001-2002 :

- 1 - **CREER** un maillage départemental : en installant un correspondant dans chaque établissement scolaire ou circonscription
- 2 - **FAIRE ACQUERIR** aux personnels la culture "sécurité "
- 3 - **MOBILISER** les énergies pour réaliser un maximum de projets Label vie.

Des renseignements, un réseau académique de personnes ressources à contacter

**Calvados** : Monsieur LAVISSE Inspection Académique Hérouville (02 31 45 95 08)

**Manche** : Monsieur CATELIN Inspecteur Inspection académique Saint-Lô (02 33 22 02 42)

**Orne** : Madame LAMBERT Principal Collège du Mêle-sur-Sarthe (02 33 81 14 60)

**Correspondant Académique** : (adresse : securicaen@ac-caen.fr).

Monsieur COTENTIN Principal du collège Henri Brunet CAEN (02 31 85 17 58)



### L'Attestation Scolaire de Sécurité Routière

L'attestation de niveau 1, délivrée en 5<sup>ème</sup>, complétée par une formation de 3 heures de conduite en circulation assurée par des organismes agréés, donne depuis 1997, le **Brevet de Sécurité Routière (BSR)**. Ce brevet est désormais obligatoire pour conduire un cyclomoteur.

L'attestation de niveau 2, délivrée en 3<sup>ème</sup>, constitue désormais le **premier module du permis de conduire**, elle sera exigée pour toute personne née après le 31 décembre 1986 et qui voudra s'inscrire à l'épreuve théorique du permis.



### Les Projets LABEL VIE

Bien que les actions soient encore trop peu nombreuses, on voit se multiplier des initiatives. Certaines sont notamment proposées par les jeunes eux-mêmes, ce qui prouve l'intérêt croissant pour ce sujet.

**Label vie c'est quoi ?** Un dispositif pour mobiliser les jeunes en leur donnant une aide financière (5000F maximum) afin de réaliser un projet sécurité routière. Ce projet doit responsabiliser les jeunes et les rendre acteurs, pour prendre en main leur propre sécurité ainsi que celle des autres.

**Label vie comment ?** A partir d'une idée pour lutter contre l'insécurité routière, seul ou en groupe rédiger un projet et envoyer votre dossier à la préfecture de votre département.

Des renseignements, un site Internet pour trouver les informations nécessaires afin de soutenir un projet

Des exemples de 700 projets déjà réalisés pour s'en inspirer et commencer le sien. Ce site dynamique conçu par des Normands vous attend.

Alors connectez-vous vite sur [label-vie.net](http://label-vie.net) ou auprès des services «Sécurité routière» des Préfectures.

### Une semaine pour agir : OBJECTIF ZERO TUE

L'état organise du **22 au 27 octobre 2001** dans toute la France, une semaine de la sécurité sur la route.

En travaillant sur des cas concrets d'accident, une soixantaine d'écoles, de collèges de l'Académie installeront pour une semaine des **TOTEMS " zéro tué "** sur les routes de la Basse Normandie.

Après une analyse des causes de l'accident et des règles de bonne conduite, les jeunes proposeront des idées pour lutter contre l'insécurité routière.

C'est en développant des actions concrètes de sensibilisation proche du terrain, avec les élèves, les personnels et des partenaires que nous pourrions changer les comportements.

Une mobilisation forte sera encourageante pour l'avenir,

Et comme le dit le slogan :

**" Si chacun fait un peu c'est la vie qui gagne ".**

### A ne pas manquer Mercredi 24 octobre 2001

A l'**Université de Caen**, Amphi 500, à 16h30, Conférence sur le thème «**Sommeil, Vigilance et Sécurité Routière**» par Régis MOLLARD, Professeur des Universités, UFR Biomédicale, Paris V.

**Monsieur Pascal COTENTIN**

Correspondant Académique

Principal du Collège Henri Brunet de Caen

**NDLR** : Remerciements à Monsieur LAVISSE

# Le rôle de la Gendarmerie dans la Prévention routière

La lutte contre l'insécurité routière constitue avec la police judiciaire un des pôles d'excellence de la légion de gendarmerie départementale de Basse-Normandie avec dans sa zone de compétence un réseau routier étalé sur trois départements qui représente 113 kilomètres d'autoroutes (conçédées ou non) ; 823 kilomètres de routes nationales (dont 179 km en 2x2 voies) ; 152 kilomètres de Liaisons Assurant la Continuité du Réseau Autoroutier (LACRA) ; 18 394 kilomètres de routes départementales et 21 581 kilomètres de voies communales surveillées au quotidien par 131 brigades territoriales, 12 brigades motorisées et par un peloton de gendarmerie d'autoroute.

Ces unités contribuent dans le cadre de la police administrative par leur omniprésence dissuasive à la surveillance effective de la circulation routière, ayant consacré à cette action 272 242 heures au cours de l'année 2000, réparties en 51 711 services spécifiques, articulés autour des indissociables activités de prévention et de répression.

## LA PREVENTION

La **prévention "opérationnelle"** a pour objectif, en implantant des patrouilles et des postes de surveillance sur les tronçons d'axes les plus accidentogènes ou générateurs d'infractions, de dissuader les usagers de la route de commettre celles-ci et de leur faire adopter un comportement plus responsable.

La **prévention "éducative"** s'exerce pour sa part au travers de la participation de la gendarmerie à des conférences dispensées dans les écoles, les entreprises ou clubs divers (ânés ruraux) et à l'encadrement des pistes d'éducation routière. A ce titre, la gendarmerie a animé, en partenariat avec la Prévention routière, les assurances GROUPAMA, les usines de la régie RENAULT et le groupe pétrolier ELF :

- une piste régionale "découverte de la sécurité à deux roues",
- une opération "10 de conduite jeunes",
- une opération "10 de conduite accompagnée",

lesquelles ont concerné en 2000 avec 3 333 heures / gendarmes, quelques 3 360 élèves de différentes classes primaires et secondaires.

Par ailleurs, en partenariat avec la Prévention routière, 391 pistes d'épreuves de circulation routière ont été mises en œuvre au profit de 18 703 enfants des classes primaires.

## LA REPRESSIION

La répression, dont le rôle dissuasif est incontestable, s'attache principalement aux infractions les plus graves en tant que génératrices d'accidents et à celles dont les conséquences sont meurtrières ou vulnérantes.

En 2000, les 1 400 militaires de la gendarmerie de Basse-Normandie ont relevé 85 836 infractions graves au code de la route, dont 29 010 dépassements de la vitesse autorisée et 4 341 alcoolémies positives pour plus de 324 000 dépistages effectués (1,3%).

## A BREVE ECHEANCE

L'achèvement de l'autoroute A84 et la mise en LACRA de la RN13 ainsi que la construction des nouveaux tronçons A28 et A88 nécessiteront une adaptation du dispositif gendarmerie et engendreront tout à la fois la création de nouvelles unités et le renforcement de plusieurs autres grâce à la mise en place de moyens nouveaux plus performants (véhicules rapides en particulier) afin de garantir tout autant la rapidité d'intervention que la présence dissuasive.

Partenaire privilégié de la priorité gouvernementale qu'est la lutte contre l'insécurité routière, agissant en partenariat étroit avec les autres acteurs institutionnels, les associations et les collectivités, la gendarmerie bas-normande s'engage au quotidien dans la transformation progressive des habitudes et des comportements des conducteurs, facteur essentiel de la réussite.

**Colonel Pierre-Marie PAOLETTI**

*Commandant par intérim la Légion de gendarmerie départementale de Basse-Normandie*

NDLR : Malgré leurs actions importantes réalisées dans le cadre de la prévention routière, nous n'avons pas eu la possibilité d'interroger les différents services de Police ; qu'ils veuillent bien nous en excuser.

# Justice et sécurité routière

Extrait de la Circulaire du Ministère de la Justice : **Orientations générales de politique pénale tendant à renforcer la lutte contre l'insécurité routière** (N°CRIM.01-10.E1-25.05.2001) du 25 janvier 2001.

## Les constats en France

Avec 32 310 000 quatre roues et 1 106 000 deux roues correspondant au parc immatriculé au 31/12/98 et une croissance de 4,2% de la circulation sur le réseau national, le bilan 1999 établi par la Direction de la Sécurité et de la Circulation Routière du Ministère des Transports s'élève à 124 524 accidents corporels dont 7 185 accidents mortels : en termes de vies humaines, ce bilan se traduit par un nombre de 8 029 tués et 167 572 blessés dont 31 851 blessés graves. Il convient de préciser que ces chiffres concernent le nombre de personnes décédées dans les 6 jours après l'accident.

La comparaison de ces données avec le nombre de condamnations pénales prononcées en 1999 suite à un accident corporel de la circulation :

- ♻ homicides involontaires : 1 960 dont 448 avec circonstance aggravante d'alcoolémie,
- ♻ blessures involontaires délictuelles : 7 749 dont 3 913 avec circonstance aggravante d'alcoolémie.

Les chiffres provisoires annoncés pour l'année 2000 par le Ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement marquent une amélioration notable puisque 7 180 personnes tuées (dans les 6 jours après l'accident) et 163 690 blessés, mais s'ils constituent un encouragement, ne sauraient justifier un fléchissement de la mobilisation.

## Les objectifs

En conséquence, il apparaît nécessaire de maintenir le principe d'un engagement très ferme de l'autorité judiciaire en matière de lutte contre l'insécurité routière.

L'action répressive doit cibler en priorité les comportements les plus dangereux, indépendamment de leurs conséquences, par une utilisation optimale de l'ensemble des dispositifs légaux et réglementaires : la répression doit traduire un souci de pédagogie et de prévention, elle est un outil de responsabilisation des conducteurs.

L'action répressive doit en conséquence être prévisible : l'impératif du respect de la règle sera d'autant mieux intériorisé par l'automobiliste que le risque d'être sanctionné est plus probable. A cet effet, il convient d'harmoniser les pratiques répressives sur l'ensemble du territoire national et de veiller à ce qu'elles s'articulent avec le dispositif du permis à points : il est en effet important que l'action de l'autorité judiciaire s'inscrive dans la logique des politiques publiques conduites dans ce domaine.

Pour cette raison, le traitement du contentieux routier devra également s'inscrire dans le cadre de politiques partenariales : ainsi pourront être mieux pris en compte l'information des victimes, l'intégration des objectifs de santé publique, la nécessaire coordination avec l'autorité préfectorale, notamment dans les départements où se trouve le siège de deux ou plusieurs tribunaux de grande instance et enfin la définition de véritables actions de communication, qui supposent que des liens s'établissent avec le monde associatif...

## Les infractions à la sécurité routière transmises à la Cour d'Appel de Caen pour l'année 2000 \*

	Peines encourues (elles dépendent de l'appréciation du juge sur la gravité des faits, la personnalité, les attitudes de l'intéressé et sa possibilité de contribution financière).	Orne		Manche			Calvados		TOTAL
		Alençon	Argentan	Avranches	Coutances	Chebourg	Caen	Lisieux	
1. Accidents mortels avec conduite en état alcoolique	- 6 ans d'emprisonnement, - 600 000 F d'amende, - Annulation perm. is de p. en droit pour un déh. max. um de 5 ans.	1	4	2	7	4	17	5	40
2. Accidents mortels	- 3 ans d'emprisonnement, - 300 000 F d'amende, - 5 ans suspension de perm. is, - Annulation perm. is facultative avec un déh. max. um de 5 ans.	29	21	23	19	9	50	17	168
3. Accidents avec blessures involontaires et conduite en état alcoolique	- si IT > 3 mois : * 4 ans d'emprisonnement, * 400 000 F d'amende, * Annulation perm. is de p. en droit pour un déh. max. um de 5 ans. - si IT < 3 mois : * 2 ans d'emprisonnement, * 200 000 F d'amende, * Annulation perm. is facultative avec un déh. max. um de 5 ans, * 5 ans de suspension de perm. is.	16	26	27	35	19	97	29	249
4. Accidents avec blessures involontaires	- si IT > 3 mois : * 2 ans d'emprisonnement, * 200 000 F d'amende, * Annulation perm. is facultative avec un déh. max. um de 5 ans, * 5 ans de suspension de perm. is. - si IT < 3 mois : * 10 000 F d'amende, * 3 ans de suspension de perm. is.	134	224	228	243	255	970	216	2 270
5. Conduites en état alcoolique (sans accident)	- 2 ans d'emprisonnement, - 30 000 F d'amende, - 3 ans de suspension de perm. is.	474	454	366	518	442	1 099	557	3 910
6. Délits de fuite	- 2 ans d'emprisonnement, - 200 000 F d'amende, - 5 ans de suspension de perm. is.	124	199	117	128	153	559	524	1 804
7. Contraventions au code de la route	Sauf exception : - 5 000 F d'amende, - 3 ans de suspension de perm. is.	187	458	280	172	84	375	378	1 934

\* Les chiffres dénombrent les procès verbaux établis par les forces de police et de gendarmerie. Or, un procès verbal peut concerner plusieurs personnes, victimes ou auteurs.

Les délits de fuite qui, s'ils sont consécutifs la plupart du temps à des accidents matériels, concernent dans leur grande majorité des conducteurs en état alcoolique, ou en délicatesse avec les règles de la sécurité routière (conduite malgré une suspension de permis de conduire, défaut d'assurance,...).

**Madame Marie HOLMAN**  
Président de la Chambre Correctionnelle  
de la Cour d'Appel de Caen

# Le risque routier en entreprise

Les statistiques de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) le démontrent : 2 accidents mortels sur 3 survenant chez des salariés à l'occasion de leur travail sont des accidents de la circulation.

Que ce soit au cours d'une mission ou lors du trajet pour se rendre ou revenir de leur lieu de travail, les salariés paient donc un lourd tribut à la conduite routière. C'est, et de loin, le risque professionnel le plus meurtrier. Il est pourtant trop souvent banalisé et attribué à des facteurs externes à l'entreprise.

## I- ETAT DES LIEUX

Les dernières statistiques disponibles de la CRAM de Normandie montrent qu'en 1999, les accidents de la circulation avec arrêt de travail, dont ont été victimes des salariés en mission, sont au nombre de 787 pour plus de 50 000 jours d'arrêt. 109 peuvent être considérés comme graves, ayant entraîné une incapacité permanente.

De plus, sur les 43 accidents de travail mortels enregistrés sur la région Haute et Basse Normandie, 11 sont des accidents de la route. C'est cependant l'année au cours de laquelle les accidents routiers ont été les moins meurtriers depuis 10 ans, le début de la décennie 90 enregistrant des scores de 25 ou 27 tués par an.

Si on ajoute les 45 tués sur le trajet entreprise - domicile, ce sont 56 personnes qui ont trouvé la mort en 1999 sur la route du fait de leur travail.

Encore ces chiffres ne traduisent-ils pas l'ampleur du problème, puisqu'ils ne prennent en compte que les salariés du secteur privé, excluant les secteurs public et agricole, les artisans et professions libérales.

Si on considère les chiffres CNAM disponibles, ce sont en priorité les moins de 25 ans et les plus de 50 ans qui sont touchés au cours de leur exercice professionnel. 4 professions représentent à elles seules plus de 50 % des tués : ce sont pour moitié les chauffeurs routiers (27 %), 23 autres pourcents se répartissant entre les patrons et cadres, les V.R.P. et les livreurs.

## II - LES CAUSES DES ACCIDENTS TRAVAIL-TRAJET

Que ce soit avant, pendant ou après le travail, avec le véhicule du salarié ou celui mis à disposition (poids-lourds, véhicules utilitaires, voitures de service..) les causes des accidents de circulation recourent les causes mises en avant dans les études portant sur les accidents routiers en général.

On retrouve ainsi :

- ◆ la chute de la vigilance (34 % des accidents mortels),
- ◆ l'état du véhicule (12 % des tués),
- ◆ les conditions météorologiques / environnement routier (12 %),
- ◆ l'attitude du conducteur : - non respect des distances de sécurité, - perte de contrôle par excès de vitesse, - consommation d'alcool ou de psychotropes...

Comme l'a montré l'enquête réalisée par L. Patte et R. Flottes en 1996, l'alcoolisation n'est que rarement responsable des accidents de travail survenus sur la route. D'autres causes doivent donc être évoquées au premier plan desquelles la perte de vigilance.

On sait en effet que, si 0,5 % des accidents sur autoroute sont dus à l'absorption d'alcool, 8 à 15 % sont liés à l'assoupissement.

Les médecins du travail sont actuellement très attachés à la recherche des narcolepsies ou de syndromes d'apnée du sommeil chez les professionnels de la route. Toute somnolence diurne excessive entraîne un bilan auprès des services spécialisés, débouchant éventuellement sur une mise en traitement, voire un aménagement ou une inaptitude au poste de travail, avec recherche de reclassement.

Mais la plupart du temps, l'état de santé du salarié n'est pas en cause.

Sont-elles vraiment en possession de tous leurs moyens ces personnes qui, après une parfois très longue journée de travail, reprennent le volant ? Qui ne connaît ce technicien devant intervenir un jour à Nantes, le lendemain à Belfort et qui revient le troisième jour sur Caen pour rentrer au siège avant une nouvelle mission ? Il faut rappeler que, même sans charge de travail, après 17 heures de veille continue, les performances au volant sont comparables à celles en-

registrées chez une personne ayant atteint le taux maximum légal d'alcool dans le sang (0,5 g/l).

On peut également évoquer le cas de tous ceux dont les horaires de travail de nuit ou alternés créent une dette de sommeil non récupérée et qui seront sujets à l'endormissement..

Les pics «physiologiques» de baisse de vigilance sont alors d'autant plus dangereux, et la prise de traitement ou de toxiques ne fera qu'accroître le risque d'accident.

## III - LA PREVENTION

L'entreprise est responsable de son organisation du travail et doit considérer le risque accident routier qu'il soit travail ou trajet comme tout autre risque professionnel.

Pour le prévenir, l'employeur, le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, les délégués du personnel et les salariés eux-mêmes doivent analyser ce risque et se poser des questions quant aux causes pour mettre en place une politique de prévention efficace.

◆ S'il est difficile à l'heure actuelle où tant de salariés travaillent de nuit ou en horaire posté de repenser ce type d'organisation, on peut efficacement s'interroger sur les heures de début ou de fin des postes, leur durée, leur contenu.

◆ Les horaires de travail effectif doivent prendre en compte les temps de route pour se rendre sur les lieux des interventions et en revenir.

◆ Les moyens de communication actuels peuvent réduire considérablement le nombre de réunions auxquelles les participants doivent être physiquement présents, mais ils sont encore sous-employés.

◆ Si le déplacement doit être effectué, il doit l'être dans de bonnes conditions, avec un véhicule correct (on ne devrait pas voir de petites voitures de ville utilisées sur de longues distances) et surtout correctement entretenu, ce qui n'est pas toujours le cas des véhicules de service qui passent de main en main.

◆ Il faut porter la même attention à la formation des personnels face au risque routier que pour un autre risque. Tout le monde sait conduire... et pourtant combien de points «sautent» chaque année du fait de l'attitude de conducteurs, qui ont tous, surtout s'ils sont sur leur temps professionnel, de très bonnes raisons pour oublier les consignes de sécurité.

◆ Enfin, le suivi médical des personnes doit être vraiment régulier, alors que les médecins du travail «accrochent» les routiers parfois le samedi lorsqu'ils sont enfin rentrés, mais perdent souvent de vue les VRP et autres techniciens intervenant sur de très larges secteurs ?

## CONCLUSION

Les accidents routiers coûtent très chers aux entreprises, par les coûts financiers directs, estimés pour la France entière toujours dans le régime général à 50 milliards de francs par an, impliquant la hausse des cotisations accident de travail, celle des primes de responsabilité civile, d'assurance automobile, mais aussi les coûts indirects : remplacement des salariés, perte de marchandise, perte d'image, de compétence.

Et la mort ou le handicap de collaborateurs restent inestimables.

L'accident routier n'est pas une fatalité. L'entreprise doit en prendre conscience et gérer ce risque. Déjà, des condamnations sont tombées pour mise en danger de la vie d'autrui. Il n'est peut-être pas nécessaire qu'une mort d'homme ou un accident grave survienne pour que chacun dans l'entreprise se sente concerné.

Docteur Maryvonne GOURNAY

Médecin inspecteur régional du travail de Basse-Normandie

# PMI et Epidémiologie peuvent-ils faire bon ménage ?

Le Programme de **M**édicalisation des **S**ystèmes d'**I**nformation ou **PMI** a été généralisé dans tous les Etablissements Publics de Santé par la circulaire du 24 Juillet 1989 et à tous les Etablissements de Santé Privés par l'arrêté du 22 Juillet 1996. Son objectif principal est de corriger les inégalités budgétaires entre les établissements au sein d'une région et ceci depuis 1996. Il est géré par le **D**épartement d'**I**nformation **M**édicale (**DIM**).

Il repose sur trois outils : le **R**ésumé d'**U**nité **M**édicale (**RUM**), la classification **GHM** ou **G**roupes **H**omogènes de **M**alades et l'échelle nationale de coûts relatifs ; Ces deux derniers outils répondent principalement à l'objectif budgétaire et ont été construits dans ce sens. Par contre il est tout à fait possible d'utiliser le premier outil pour recueillir de l'information de nature épidémiologique.

Pour tout patient hospitalisé le service clinique de court séjour produit un Résumé d'Unité Médicale. Il contient un nombre limité d'informations administratives et médicalisées. Ce résumé est fait de façon rétrospective à la fin du séjour. Les informations médicales concernent le diagnostic principal, le diagnostic relié, les diagnostics associés significatifs, les diagnostics documentaires et les actes :

q **Le diagnostic principal (DP)** est considéré par le médecin responsable du malade à la fin de son séjour dans une unité médicale comme ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

q **Le diagnostic relié**, facultatif, éclaire le contexte pathologique essentiellement lorsque le diagnostic n'est pas en lui même une affection.

q **Les diagnostics associés significatifs (DAS)** représentent les diagnostics, symptômes ou autres motifs de recours significatifs d'un effort de soins ou de consommations de ressources.

q **Les diagnostics documentaires**, facultatifs, regroupent les antécédents guéris, et les pathologies ne justifiant d'aucune prise en charge.

Les rubriques DP et DAS répondent essentiellement à des définitions d'ordre économique puisqu'elles font référence à des consommations de ressources.

Les diagnostics associés documentaires permettent de coder des informations de nature épidémiologique (exemple : la surveillance des nouveaux cas de tumeurs qui s'effectue à l'aide de deux codes locaux dans cette rubrique au CHU de Caen).

q **Les actes** qui interviennent dans la classification sont essentiellement des actes opératoires.

Le codage des diagnostics s'effectue avec la 10<sup>ème</sup> révision de la **C**lassification **I**nternationale des **M**aladies (**CIM10**). Les actes sont codés à l'aide du **C**atalogue des **A**ctes **M**édicaux.

La **CIM 10** est très complète et permet de coder la quasi totalité des circonstances des accidents ou traumatismes (Chapitre XX). Ainsi l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie chargé d'étudier la fréquence des accidents de la vie courante ou des accidents de la voie publique s'est adressé au DIM du CHU pour savoir s'il est possible de connaître le nombre de patients hospitalisés pour ces deux motifs par le PMI. Ces informations de nature épidémiologique n'étant pas obligatoires, une étude rétrospective sous estime le nombre de ces patients et en conséquence ne répond pas à la question. Par contre une étude prospective limitée dans le temps avec une sensibilisation des cliniciens au codage de ces informations par les DIM est possible grâce aux Résumés d'Unité Médicale. Son utilisation va permettre une optimisation du recueil et éviter pour les services de recueillir en double un certain nombre d'informations (identité, âge, durée de séjour, pathologie, etc..). Néanmoins sur certaines problématiques précises comme celles des accidents de la voie publique, d'autres services comme les urgences peuvent être à même de répondre à la question sur un temps limité sans qu'il y ait besoin de recourir au codage PMI. Cette appréciation de la source d'information la plus efficace c'est à dire celle qui va mobiliser le moins de ressources pour un résultat optimal doit être discutée avec les différents partenaires des structures impliquées.

L'utilisation des RUM pour améliorer la description des pathologies et des prises en charge hospitalière est à l'ordre du jour. Ainsi pour 2001, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins a demandé aux DIM chargés de gérer le PMI, de porter une attention particulière pour le codage de deux priorités de santé publique : les IVG et les tentatives de suicide. Le PMI se positionnent de façon complémentaire à d'autres sources d'information pour les tutelles comme la **S**tatistique **A**nnuelle des **E**tats de santé (**SAE**), des enquêtes ponctuelles de la **D**RESS (**D**irection de la **R**echerche, des **E**tudes de l'**E**valuation et des **S**tatistiques) et les statistiques de l'**I**NSERM sur la mortalité. La difficulté pour les DIM est ensuite de motiver les cliniciens au codage des données de nature épidémiologique sachant que la perception de l'outil par les cliniciens et l'utilisation du PMI reste majoritairement budgétaire. Mais l'évolution de l'outil lui même et l'utilisation du PMI vers la connaissance épidémiologique est une évolution qui devrait s'amplifier dans l'avenir.

En 2000,  
sur 53 955 hospitalisations,  
577 séjours pour accident de la voie publique  
(PMI du CHU de Caen, 2000)

Docteur Marie-José d'ALCHE GAUTIER  
Responsable DIM CHU CAEN



# Enquête Urgences au CHU de Caen

Cette enquête a été promue par l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie pour mieux connaître ces entités floues que sont les blessés (légers ou graves) et leur devenir après l'accident. Le Département d'Accueil et de Traitement des Urgences (DATU) du CHU de Caen, malgré sa charge de travail écrasante a bien voulu la réaliser. Nous espérons que cette collaboration permettra de développer les connaissances sur cette grande inconnue qu'est le devenir des blessés de la route et améliorera non seulement la prévention primaire mais aussi les préventions secondaire et tertiaire des accidents de la voie publique.

## 1 - OBJECTIF

Amélioration de la connaissance de la prise en charge des Accidents de la voie publique (AVP) après leur arrivée au Département d'Accueil et de Traitement des Urgences du CHU de Caen.

## 2 - METHODE

Un recensement journalier a été réalisé par les praticiens du DATU du CHU de Caen de tous les Accidents de la Voie Publique s'y présentant du 23 juillet au 21 août 2001 suivant le protocole instauré par le DATU, le traitement des données ayant été effectué par l'ORS.

## 4 - PREMIERS RESULTATS

1 Entre le 23 juillet et le 21 août 2001, le DATU du CHU de Caen a enregistré l'entrée de 5 138 personnes soit une moyenne de 171 par jour. Les urgences chirurgicales concernent 2 428 personnes (47%) ; soit une moyenne de 81 par jour.

1 Pendant cette période, le DATU a accueilli 230 victimes d'accidents de la voie publique (4,5% du total des admissions soit 8 par jour) dont 141 hommes (61%) ; 33% sont âgés de 10 à 19 ans et 29% de 20 à 29 ans (respectivement 23% et 28% pour les femmes).

On a enregistré l'entrée de 12,5% de femmes de plus de 60 ans contre 5,7% hommes du même âge. L'âge des accidentés varie de 6 mois à 90 ans.

2 personnes (0,9%) arrivées aux urgences suite à un AVP y sont décédées.

Cette analyse rapide des données enregistrées par le DATU du CHU de Caen n'est qu'une première approche du devenir des accidentés de la route ; une étude plus complète sera réalisée conjointement entre le DATU et l'ORS de Basse-Normandie.

## Données recueillies

Jour et heure de l'accident  
Sexe  
Age exact  
Type d'accident  
Présence d'un deuxième véhicule  
Si oui, type du véhicule

Lieu de l'accident  
Classification CCMU  
Hospitalisation  
Intervention chirurgicale  
Lésions  
Nombre de blessés impliqués dans l'accident

## Définition de la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) et Résultats de l'enquête réalisée du 23/07 au 21/08/2001

Classe	Définition	Total (%)	Personnes hospitalisées (% / Total de la classe)	Dont en Chirurgie (% / Total de la classe)
1	Etat clinique jugé stable ; pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique au service des urgences	53 (23%)	0 (0%)	0 (0%)
2	Etat clinique jugé stable ; décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au service des urgences	139 (60,4%)	11 (8%)	6 (4,3%)
3	Etat clinique jugé susceptible de s'aggraver au service des urgences sans mise en jeu du pronostic vital	29 (12,6%)	29 (100%)	22 (75,9%)
4 et 5	Pronostic vital jugé engagé avec ou sans gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat	9 (3,9%) dont 2 Décès	9 (100%)	7 (77,8%)

1 Il existe une Classification des urgences (CCMU) selon la gravité clinique des entrants ; elle permet de ventiler les arrivées dans ces services. Le tableau ci-dessus montre que 60% des personnes victimes d'AVP étaient jugés dans un état clinique stable avec nécessité d'effectuer des actes complémentaires.

Département d'Accueil et de Traitement des Urgences du CHU de Caen

Docteur Anne LEPELLETIER  
Praticien Hospitalier Contractuel,

Docteur Guy JEGO  
Praticien Hospitalier,

Docteur CONDAMINE  
Chef de service

Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie  
Docteur André FLACHS

Vice-Président,  
Mademoiselle Laurence BURNOUF  
Chargée d'études

# Bilan de l'humanisation des maisons de retraite et des logement-foyers en Basse-Normandie en 2000 - Enquête ORS/ Conseil Régional de Basse-Normandie

Etude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé en 2000, à la demande du Conseil régional de Basse-Normandie. Les taux de participation sont de 70 % des maisons de retraite et 75 % des logement-foyers de la région.

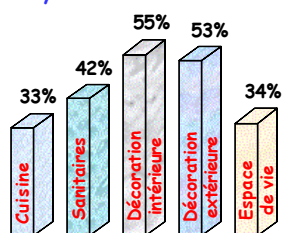
Les informations recueillies concernent essentiellement les caractéristiques de fonctionnement, les travaux effectués depuis 1998, les équipements et éléments architecturaux à améliorer, l'aménagement des chambres et leurs équipements, les outils d'aide à l'autonomie et les difficultés de prise en charge de la dépendance physique ou psychique.

## Quelques chiffres

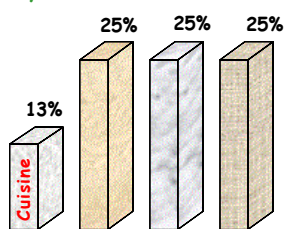
Une restructuration complète est souhaitée pour une maison de retraite sur 10. Des aménagements partiels sont sollicités surtout au sujet des cuisines, des sanitaires, des lieux de vie collectifs et des animations. Sur le plan des matériels manquants, 10 % des maisons de retraite ne disposent pas de matelas d'aide à la prévention des escarres, 35 % n'ont pas de baignoire adaptée aux personnes handicapées. Pour 46 % des maisons de retraite, la prise en charge adéquate de la dépendance physique nécessiterait un accroissement des effectifs en personnels et l'acquisition de matériels comme des souleve-malades et matelas pour lits médicalisés. L'une des priorités concerne la formation, la qualification et la spécialisation du personnel.

Le secteur privé est mieux doté en personnel administratif, aide médico-psycho, orthophoniste, pédicure, animateur, personnel de ménage, cuisine et autre. Le secteur public est mieux doté en infirmiers DE, assistante sociale et kinésithérapeute.

Proportion de maisons de retraite ayant des travaux à réaliser



Proportion de logement-foyers ayant des travaux à réaliser



Concernant les logement-foyers, 88 % d'entre eux ne disposent pas de matelas d'aide à la prévention d'escarre et 95 % n'ont pas de baignoire adaptée aux personnes handicapées.

Pour 30 % des logement-foyers, la prise en charge adéquate de la dépendance physique exigerait l'augmentation des effectifs en personnels et l'acquisition de matériels adaptés. 50,8 % des logements foyers ont effectué des travaux de rénovation (principalement pour les cuisines, la décoration, l'aménagement extérieur et les sanitaires).

Le secteur privé est mieux doté en personnel administratif, infirmiers DE, aide médico-psycho, personnel de ménage et cuisine. Le secteur public est mieux équipé en assistante sociale, ergothérapeute et animateur.

70,4 % n'ont pas de lampe veilleuse, 89,7 % pas de téléalarme dans les wc, 81,1 % pas de siège de wc sur élevé, 76,6 % pas de lavabo assis, 96,1 % pas de lieu de recueillement, 93,4 % pas de salle de gym, 69 % pas de salle d'accueil pour les familles et 69 % pas de salle à manger collective.

Mesdemoiselles Laurence BURNOUF et Isabelle GRIMBERT  
Chargées d'études à l'ORS de Basse-Normandie

## Etude des Bulletins d'IVG déclarées, en 1999 en Basse-Normandie -

Etude ORS/DRASS de Basse-Normandie

L'étude descriptive des Interruptions Volontaires de Grossesse enregistrées en Basse-Normandie en 1999, a été réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie à la demande de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

2 949 interruptions volontaires de grossesse enregistrées ont été comptabilisées au moyen des Bulletins d'Interruption Volontaire de Grossesse (BIVG) en Basse-Normandie, ce qui représente un taux d'IVG de 8,7 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, inférieur à celui de la France (soit 13,3). Ce taux varie selon les départements bas-normands de 5,8 pour 1 000 dans la Manche à 8,4 dans l'Orne et 10,7 dans le Calvados.

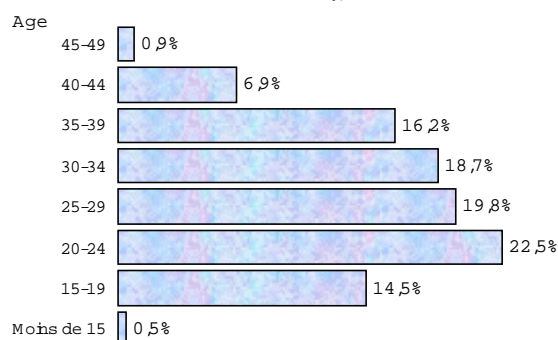
Parmi les femmes qui ont eu recours à l'IVG en 1999, 19,3% ont déjà un antécédent d'IVG. L'âge moyen des personnes ayant déjà eu recours à l'IVG est de 31 ans, il est de 28 ans pour le premier recours. 4,1% des femmes ayant déjà subi au moins deux IVG sont âgées de moins de 19 ans.

L'analyse simultanée des informations permet de faire la typologie des femmes qui ont le plus souvent recours à l'IVG : femmes mariées (ou vivant en couple), âgées de 35 à 49 ans, au foyer ou à leur compte, avec enfants.

Les femmes de nationalités étrangères représentent une population à risque car 31% d'entre elles ont déjà eu recours à l'IVG (contre 18% pour les femmes de nationalité française).

La technique de l'aspiration reste la méthode la plus utilisée (33,8%) suivie des méthodes médicamenteuses (mifépristone, RU486, prostaglandine) avec 30,9%.

### Répartition des IVG selon l'âge en 1999 en Basse-Normandie



Mademoiselle Isabelle GRIMBERT  
Chargée d'études à l'ORS de Basse-Normandie

# LA DOCUMENTATION



**Le service de documentation est ouvert :**

**le lundi et le mardi de 9h à 17h**

**Appeler Laurence BURNOUF au 02.31.436.650 ou écrivez-lui [l.burnouf@libertysurf.fr](mailto:l.burnouf@libertysurf.fr)**

La Lettre de l'ORS est adressée gratuitement sur demande. Pour la recevoir, contacter l'ORS par courrier, téléphone, télécopie ou mail.

## **Documents disponibles à l'ORS :**

**CNAMTS-CFES-CSC**, Prévenir les accidents de roller chez les enfants et les adolescents - Colloque du 5 avril 2001, Dossier de presse internet, 2001, 40 pages

**Ministère de l'Emploi et de la Solidarité**, Les accidents de la vie courante, <http://www.sante.gouv.fr>, 2001

**Commission de la Sécurité des Consommateurs**, Une personne sur dix est victime d'un accident de la vie courante, La Lettre n°42, 2001, 4 pages

**Commission de la Sécurité des Consommateurs**, Glisse urbaine : Il faut travailler sur la prévention, Dossier n°42, 2001, 4 pages

**Genes B.**, Excès de vitesse : mesurez les risques, Le Particulier n°945, 2001, p. 80-87

**Commission de la Sécurité des Consommateurs**, Noyades, Numéro Spécial Été, 2001, 8 pages

**Ayme S.**, Dossier : Médecine prédictive : mythe et réalité, Actualité et dossier en santé publique n°34, 2001, p. 18-68

**Le Garrec S., Pervanchon M.**, Les significations des alcoolisations, les notions d'oubli et de dédoublement dans l'alcoolisation chez les 15-25 ans et le rapport à la conduite de véhicules motorisés, Institut de recherches scientifiques sur les boissons - Les Cahiers de l'IREB n°15, 2001, p. 145-164

**Moreau C., Gaultier G., Chevrier S.**, Jeunes, alcool et route : approche culturelle des risques, Institut de recherches scientifiques sur les boissons - Les Cahiers de l'IREB n°15, 2001, p. 165-173

**Institut de recherches scientifiques sur les boissons**, L'alcool et les jeunes. Réflexions sur les données disponibles, Focus n°1, 2001, 19 pages

**Institut de recherches scientifiques sur les boissons**, 1. Les polyconsommations des jeunes en France. 2. L'évolution de l'ivresse chez les jeunes. 3. Prise d'alcool et systèmes cannabinoïdes et sérotoninergiques centraux. Aspects pharmacologiques et génétiques, Recherche et Alcoologie n°21, 2001, 4 pages

**BEH**, 1. Pratique du roller et port du casque. 2. Épidémiologie des accidents de roller en France, n°13, 2001, 6 pages

**BEH**, Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein : résultats 1999, n°27, 2001, 4 pages

**BEH**, Cancers de la thyroïde en France et accident de Tchernobyl : évaluation des risques potentiels et recommandations pour le renforcement des connaissances épidémiologiques, n°21, 2001, 4 pages

**Institut national d'études démographiques**, Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France, INED POPULATION ET SOCIÉTÉS n°364, 2001, 4 pages

**Commission spéciale et permanente d'information**, Dossier : Nucléaire : le risque zéro existe-t-il ? La CSPI fait le point, Bulletin d'information n°8, 2001, 4 pages

**Strumza M.V.**, Influence sur la santé humaine de la proximité des conducteurs d'électricité à haute tension. Résultats d'une enquête sur la « consommation médicale », EDF-GDF Energies Santé Vol. 12 n°1 (100), 2001, p. 23-32

**Insee Basse-Normandie**, Les personnes âgées en Basse-Normandie : 475 000 seniors à l'horizon 2020, Cent pour Cent Basse-Normandie n°91, 2001, 6 pages

**Guizard A.V., Boutou O., Pottier D., Troussard X., Pheby D., Launoy G., Slama R., Spira A., ARKM**, The incidence of childhood leukaemia around the La Hague nuclear waste reprocessing plant (France) : a survey for the years 1978-1998, J Epidemiol Community Health n°55, 2001, p. 469-474

**DREES**, Les professions de santé au 1er janvier 2001. Répertoire ADELI, Statistiques Document de Travail n°21, 2001, 59 pages

**Minvielle E., De Pourville D.**, La mesure de la qualité des soins : un défi et un enjeu de santé publique, RESP Vol. 49 n°2, 2001, p. 113-116

**Observatoires Régionaux de la Santé de Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Limousin, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Picardie, Poitou-Charentes**, Inégalités cantonales en matière de santé, FNORS, 2001, 103 pages

**Adam P., Hauet E., Caron C.**, Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires des l'Enquête Presse Gay 2000, DGS - ANRS - INVS, 2001, 56 pages

**DREES**, Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique, DREES Etudes et Résultats n°109, 2001, 8 pages

**ORS Franche-Comté**, Accidents de motards en Franche-Comté, Sécurité Routière, 2001, 20 pages

**ORS Rhône-Alpes**, Les accidents de la circulation : un problème de santé chez les jeunes de 15-24 ans en Rhône-Alpes ? 2001, 4 pages

**ORS Franche-Comté**, Que deviennent les jeunes accidentés de la route en Franche-Comté ?, Sécurité Routière, 1998, 4 pages

**Mandon-Jokic C., Mane M., Le Thiec F., Guincestre J.Y., Le Coutour X., Leroy F.**, La traumatologie crânienne en Basse-Normandie. Données épidémiologiques sur l'année 1989, Ann. Réadaptation Méd Phys n°35, 1992, p. 217-228.



## Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie

Venez visiter notre site Internet : <http://orsbn.baclesse.fr>

Nous contacter : [ors-bn@libertysurf.fr](mailto:ors-bn@libertysurf.fr)

Laurence Burnouf : [l.burnouf@libertysurf.fr](mailto:l.burnouf@libertysurf.fr) Tél. : 02.31.436.650

Elen Chatizel : [e.chatizel@libertysurf.fr](mailto:e.chatizel@libertysurf.fr) Tél. : 02.31.436.650

Albert Collignon : [a.collignon-orsbn@wanadoo.fr](mailto:a.collignon-orsbn@wanadoo.fr) Tél. : 02.31.436.336

Isabelle Grimbert : [i.grimbert@libertysurf.fr](mailto:i.grimbert@libertysurf.fr) Tél. : 02.31.436.336

Bruno Lezin : [b.lezin@libertysurf.fr](mailto:b.lezin@libertysurf.fr) Tél. : 02.31.436.336

Mauricette Margueritain : [m.margueritain@libertysurf.fr](mailto:m.margueritain@libertysurf.fr) Tél. : 02.31.436.336

Sébastien Provot : [s.provot@libertysurf.fr](mailto:s.provot@libertysurf.fr) Tél. : 02.31.436.650 (webmaster)



Le 1er site fédérateur  
d'informations sur le santé

Une référence  
pour tous les professionnels de santé

**SCORE-santé** est la première base de données en santé publique qui rassemble, sur un site commun, des informations sur l'état de santé de la population et ses déterminants, provenant de la plupart des acteurs du champ sanitaire et d'un grand nombre d'acteurs du champ social.

Elle fournit des indicateurs de santé à différents échelons géographiques : national, régional, départemental, voire infra-départemental. Score-santé comprend 2 niveaux :

**Niveau 1** : 400 indicateurs de santé régionaux sur 9 grands thèmes d'observation :

- Constat d'ensemble
- Mère et enfant
- Personnes handicapées
- Pathologies
- Santé et environnement
- Offre et consommation de soins
- Personnes âgées
- Situations de précarité
- Facteurs de risque

**Niveau 2** : 100 indicateurs de santé régionaux, départementaux, infra-départementaux sur 4 grands thèmes d'observation :

- Causes de décès
- Santé de l'enfant
- Morbidité
- Santé de la femme

**7 partenaires :**

Ministre de l'emploi et de la solidarité  
CNAMTS, FNORS  
INSERM, INVS  
CCMSA, CANAM

<http://score-sante.atrrium.rss.fr>

Cette Lettre a été éditée  
avec la participation et le soutien :



Observatoire Régional de la Santé  
de Basse-Normandie

"Le Trifide", 18 rue Claude Bloch  
14050 Caen Cedex 4

Directeur de la publication :

Dr Jean Robillard, Président

Rédacteur en chef :

Dr André Flachs, Vice-Président

Président du Conseil Scientifique :

Pr André Thouin

Maquette :

Laurence Burnouf

Impression :

ALPHA B, 4 impasse du Bon Accueil,  
14000 CAEN

(tirage à 7 000 exemplaires)