

5^e Congrès pluridisciplinaire « Route et Médecine 2012 »
Comprendre et Agir
Paris, 22 et 23 novembre 2012

PARADOXE DES POLITIQUES PUBLIQUES EN SÉCURITÉ ROUTIÈRE COMMENT EST CONSTRUITE L'ACTION PUBLIQUE EN SANTÉ ?

Gérard DUBOIS
membre de l'Académie Nationale de Médecine

L'action publique s'est historiquement développée contre la première cause de mortalité jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle : les maladies infectieuses. Il faut cependant attendre 1920 pour que soit créé en France le Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, 1930 pour un Ministère de la Santé Publique. Vaccinations, hygiène publique, désinfectants, antibiotiques mènent en un siècle à une victoire non définitive mais brillante. Les maladies infectieuses ne représentent plus que 2 % des causes de mortalité en France, même si le Sida et la maladie de la vache folle nous rappellent à la vigilance.

Aujourd'hui, les maladies chroniques, dites non transmissibles ou MNT, tuent mondialement 36 millions de personnes chaque année, soit 63 % des 57 millions de décès survenus en 2008. Quatre d'entre elles représentent 80 % des décès par MNT : les maladies cardiovasculaires (17 millions), les cancers (7,6 millions), les maladies respiratoires chroniques (4,2 millions) et le diabète (1,3 million) soit ensemble 63 % des décès dans le monde, dont 80 % dans les pays à niveau de vie bas ou moyen.

Ces MNT ont fait l'objet d'une réunion de haut niveau de l'ONU les 19 et 20 septembre 2011 à New York. Les organisations professionnelles internationales correspondant à ces maladies y ont attiré l'attention sur les causes de ces maladies : le tabac (6 millions de décès), l'inactivité physique (3,2 millions), l'alimentation riche en sucre et graisse (1,7 million) et l'alcool (1,15 million). L'OMS est dorénavant chargée de la planification internationale de l'action.

Il faut remarquer que les causes principales des MNT sont surtout des produits industriels (tabac, alcool, aliments transformés), donc fabriqués, promus et vendus par l'homme, d'où la notion de pandémies industrielles. Les accidents de transport (industrie automobile) auraient dû être inclus dans cet ensemble comme ils l'ont été en France par le groupe dit des 5 Sages, aujourd'hui 9, depuis 1987. Les causes de MNT se caractérisent par des marchés mondiaux, des intérêts économiques et financiers puissants qui peuvent peser par leur capacité publicitaire et de promotion, leurs pratiques intenses de lobbying, voire d'intimidation.

Les mesures de santé publiques doivent alors souvent être prises dans un contexte contraire, voire hostile. Il devient donc nécessaire de recourir au débat public, à la prise à témoin du public et au recours à son opinion. Il en résulte que la santé publique moderne demande à allier des modalités d'action *scientifiques, économiques, médiatiques, juridiques, politiques et diplomatiques*. Elles sont bien différentes de l'action de santé publique face aux maladies infectieuses, ce qui explique une évolution laborieuse des modalités de décision et de gestion des pouvoirs publics : multiplication des « scandales » de santé publique, éclatement en agences, regroupements à géométrie variable, indépendance dans l'interdépendance, liens d'intérêts de l'expert, de l'administration, de l'homme politique.

La prévention des accidents appartient pleinement à cette évolution moderne de la santé publique.

PARADOXE DES POLITIQUES PUBLIQUES EN SÉCURITÉ ROUTIÈRE QUELLES ÉVALUATIONS DES POLITIQUES PUBLIQUES ?

Claude GILBERT

Directeur de recherche au CNRS (PACTE, Organisations-Politique, Institut d'Etudes Politiques de Grenoble)

L'évaluation d'une politique publique varie en fonction du sens qu'on lui donne. En matière de « sécurité routière » le problème ne semble cependant pas se poser. L'objectif est en effet clair puisqu'il s'agit de faire en sorte que le nombre des « victimes » des accidents de la route ne cesse de diminuer. De même, y a-t-il peu d'interrogations sur l'origine de ces accidents désormais largement imputés aux « comportements » (fautifs) des conducteurs. Enfin, la mise en œuvre de cette politique suscite également peu de questions puisque, pour l'essentiel, elle semble se fonder sur l'établissement de « seuils » à ne dépasser (concernant la vitesse des véhicules, l'alcoolémie, etc.), sur la mise en place de systèmes de mesure (radars, tests, etc.) de plus en plus sophistiqués qui facilitent à la fois les contrôles et les sanctions (notamment via des procédures automatisées). Le sens qui est spontanément donné à la politique de la sécurité routière est donc peu ambigu ce qui rend a priori relativement aisée son évaluation. Et, de fait, c'est en fonction du nombre de « tués sur la route » que l'on apprécie l'efficacité d'une politique dont le pilotage n'apparaît pas complexe même si, dans les faits, il est loin d'être facile.

Cette approche de la politique de sécurité routière fait aujourd'hui l'objet d'un assez large consensus et les débats portent moins sur sa conception que sur la priorité qui lui est donnée par les pouvoirs publics, que sur l'intensité avec laquelle elle est activée. Or, le « cadrage » de cette politique, autrement dit la façon dont on privilégie certains aspects tout en occultant d'autres, peut susciter un certain nombre de réflexions critiques. Concernant l'objectif affiché, on peut se demander pourquoi, lorsqu'il est fait état de « victimes » on pense encore si peu aux personnes blessées, légèrement, gravement ou très gravement (500 000 personnes au total par an en France d'après les derniers travaux des épidémiologistes) ? A propos des causes des accidents, curieusement qualifiés « d'accidents de la route », pourquoi seul un des facteurs est-il vraiment pris en compte alors que ces accidents résultent d'interactions entre des véhicules, des infrastructures et les « opérateurs » que sont les conducteurs ? Enfin, pourquoi la politique de « sécurité routière » se comprend-elle essentiellement à travers un système de « mesures » portant sur des indices les plus visibles, les plus immédiats alors qu'elle peut trouver ses fondements très en amont, dans des politiques générales de gestion des flux, des politiques d'urbanisation, d'aménagement du territoire, etc.

Si l'on « déconstruit » l'image spontanée que l'on a de la « sécurité routière », l'approche du problème qu'elle pose peut être très différente. En raison de l'importance du nombre de blessés, elle apparaît plus comme un problème de santé publique que comme un problème d'ordre public (avec toutes les conséquences que cela induit dans sa prise en charge). Si, les

accidents de la route sont multi-factoriels, l'appréciation des responsabilités ne peut se limiter aux conducteurs « en bout de chaîne » mais s'élargir à tous ceux qui, directement ou indirectement, participent à leur genèse (avec les conséquences que cela induit sur la conception des véhicules, des infrastructures, sur la formation des conducteurs, etc.). De même, si la « sécurité routière » trouve effectivement ses fondements durables dans des politiques structurelles, elle suppose des actions transversales dépassant ce que l'on entend en France par « interministérialité ».

L'évaluation de la politique de « sécurité routière », de son efficacité, s'avère assez simple quand on s'en tient à la définition limitée qui tend à prévaloir aujourd'hui. Par contre, ce travail d'évaluation devient complexe lorsque l'on élargit cette définition, comme y invitent depuis longtemps différents groupes de chercheurs et d'experts.

La question qui se pose est donc, au vu des contraintes politiques et des différents intérêts en présence, de savoir ce que l'on veut évaluer ou, pour le dire autrement, quel type de problème on souhaite poser lorsque l'on fait état de la « sécurité routière » ? Or, dans l'état actuel, cette réponse est tout sauf évidente.

ACTUALITÉS EN TRAUMATOLOGIE ROUTIÈRE

PLAN NOMBREUSES VICTIMES (NoVi) IMPLIQUANT DES CARS : ORGANISATION ET RETOUR D'EXPÉRIENCE

Christophe ROUX

Médecin-Chef SDIS de l'Isère

Résumé :

Durant de nombreuses années, le plan de secours dit « plan rouge » servait de support pour les interventions impliquant de nombreuses victimes.

Suite à la refonte de l'ORSEC, dans le cadre de la loi de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004, le dispositif s'est transformé en ORSEC NOVI.

Les principales avancées concernent :

- la trame de l'ORSEC se structure autour d'un tronc commun et de dispositifs spécifiques.
- Pas de seuil de gravité pour le déclenchement
- Dispositif permanent de veille
- Chaque service prépare sa réponse
- La réponse opérationnelle est modulaire, progressive adaptée et adaptable.

Organisation ORSEC NOVI en Isère :

L'organisation des secours en Isère est marquée avant tout par une forte coopération et complémentarité entre le SAMU et le SDIS, aussi bien pour les secours au quotidien qu'en cas de catastrophe.

Une répartition pragmatique des missions et des fonctions s'est faite entre ses deux services aussi bien pour les fonctions soignantes que non soignantes.

Le Service de Santé et de Secours Médical et le SAMU assurent une réelle complémentarité dans le respect de l'identité de chacun.

Les secours s'organisent à l'avant autour d'un PRV, au PMA et à l'arrière autour de la zone d'évacuation.

La gestion informatisée des victimes à l'aide de puces RFID simplifient la remontée d'information.

Un plan d'équipement a été mis en place basé sur 22 lots ramassage et 4 PMA.

L'efficacité d'un plan ORSEC NOVI impose d'intégrer les résultats des travaux relevant de la prévention et de la prévision.

Retour d'expérience : Accident d'autocar - Juillet 2007

Dimanche 22 juillet, 9h25 : les premiers appels parviennent au CTA pour un accident d'autocar, dans la descente de Laffrey. Comme cela s'était passé 30 ans auparavant, le véhicule ne parvient pas à prendre le virage en bas de la rampe et va s'écraser quinze mètres en contrebas, au bord de la rivière Romanche. Il prendra feu quelques minutes après l'arrivée des secours. Au final, parmi les 50 occupants, on dénombrera 24 blessés dont 9 graves et 26 décédés. Quatre d'entre eux seront évacués par hélicoptère, directement depuis l'Avant, les autres seront stabilisés puis évacués depuis le PMA.

La parfaite cohérence et efficacité des secours a été unanimement reconnue.

Les secouristes associatifs ont été particulièrement impliqués et appréciés notamment dans le soutien aux familles durant les jours suivants.

5^e Congrès pluridisciplinaire « Route et Médecine 2012 »

Comprendre et Agir

Paris, 22 et 23 novembre 2012

ACTUALITÉS EN TRAUMATOLOGIE ROUTIÈRE
ACCIDENTS DE LA ROUTE AVEC NOMBREUSES VICTIMES,
PRINCIPE DU TRIAGE MÉDICAL

Luc RONCHI

Anesthésiste-réanimateur, Société française de médecine de catastrophe

Le triage est un concept qui s'applique à la prise en charge de victimes en plus ou moins grand nombre dans un contexte de moyens soignants limités (par exemple, prise en charge pré-hospitalière d'un accident de circulation mettant en cause un véhicule de transport en commun). Il vise à optimiser l'efficacité de la ressource soignante dans une logique de "ni trop, ni trop peu". Il diverge de la notion classique de soin individuel et individualisé.

Ce concept a été mis en œuvre dès la première guerre mondiale par les chirurgiens militaires, qui se trouvaient régulièrement confrontés à des afflux de blessés et pour lesquels il convenait d'assurer la meilleure prise en charge possible en utilisant au mieux les ressources présentes sur le site. L'actualité des trente dernières années (conflits armés, attentats en milieu urbain) a mis au premier plan cette notion de triage en l'affinant à l'aide d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs et en l'adaptant aux circonstances (accident industriel ou attentat avec risque chimique, présence d'enfants parmi les victimes notamment).

Le triage se pratique le plus en amont possible. Les circonstances de l'événement (caractère évolutif ou non, risques particuliers éventuels) définissent le contexte. Chaque victime se voit attribuer une fiche d'identification qui permet de la suivre tout au long de son parcours et de relever un certain nombre d'éléments cliniques simples aboutissant à une catégorisation en plusieurs classes d'urgence de prise en charge. On définit schématiquement quatre degrés (éthiquement acceptables et opérationnellement efficaces) de prise en charge : impliqués (ne nécessitant pas de prise en charge particulière autre que psychologique), urgence relative (nécessitant une prise en charge soignante pouvant être différée dans un délai variable), urgence absolue (nécessitant une prise en charge sans délai), morituri (au-delà des ressources thérapeutiques) ou décédés. Cette catégorisation est évolutive dans le temps, tout au long de la chaîne des secours, et nécessite donc une réévaluation régulière.

Le triage est un exercice délicat, confié à un médecin ou un soignant expérimenté. Il prend en compte les circonstances de l'événement, les données d'un examen clinique rapide mais précis, ainsi que le potentiel évolutif à court et moyen terme des lésions constatées (par exemple, risque asphyxique secondaire d'un traumatisme facial ou thoracique). Il s'appuie actuellement sur des algorithmes de recueil de paramètres complétant l'impression clinique initiale. Il existe des algorithmes adaptés à des circonstances particulières (triage pédiatrique, triage en ambiance chimique ou biologique notamment). A la fin de l'examen clinique, chaque victime se voit attribuer un degré de priorité, généralement matérialisé par une étiquette de couleur collée sur sa fiche

TSVP

d'identification. L'évacuation vers un poste médical avancé, situé à courte distance de la zone de l'accident, mais à l'écart du risque, se déroulera en fonction des priorités définies. Chaque victime sera accueillie au niveau du poste médical avancé, réexaminée et recatégorisée, si besoin, avant son évacuation par voie terrestre ou aérienne vers les établissements d'accueil, après pratique de gestes complémentaires lorsque nécessaire.

Le concept de triage s'inscrit ainsi au sein de la notion de médecine de catastrophe qui vise, à travers une hiérarchisation des priorités, à optimiser le pronostic de nombreuses victimes simultanées face à une ressource soignante limitée dans l'espace ou dans le temps. La validation de ce concept a permis aux soignants de décider sereinement et efficacement.

5^e Congrès pluridisciplinaire « Route et Médecine 2012 »
Comprendre et Agir
Paris, 22 et 23 novembre 2012

ACTUALITÉS EN TRAUMATOLOGIE ROUTIÈRE
LA PRISE EN COMPTE PAR RENAULT DE L'INTERVENTION
DES SERVICES DE SECOURS SUR SES VÉHICULES ÉLECTRIQUES

Claire PETIT BOULANGER
Référent Sécurité Tertiaire - Direction de la Responsabilité Sociale de l'Entreprise
Renault

Depuis l'annonce de la commercialisation de plusieurs véhicules électriques par Renault et d'autres constructeurs, quelques voix ont exprimé leurs inquiétudes sur la sécurité de ces véhicules, en particulier en situation dégradée (accident, incendie).

Pourtant, depuis le démarrage du programme Véhicule Electrique chez Renault, le maître mot de l'entreprise est bien SÉCURITÉ : du produit, des usagers et des intervenants (ouvriers, garagistes, dépanneurs et services de secours). La sécurité primaire (ou active) et la sécurité secondaire (ou passive) d'un véhicule électrique se devaient d'être les mêmes que celles d'un véhicule thermique. C'est ce qui a été confirmé par les différents essais de crash tests qui ont été réalisés.

Concernant la sécurité tertiaire, pour rassurer les services de secours sur leur sécurité en intervention, les ingénieurs et techniciens Renault les ont fait très tôt participer à des essais de découpes, de feu et d'extinction sur les véhicules électriques de la marque pour vérifier et confirmer que l'intervention sur ce type de véhicule n'induisait pas de danger supplémentaire, pour peu que l'on observe les règles de sécurité adéquates. Ces essais ont permis de rédiger ensemble des documents destinés à l'intervention en situations d'accident, de feu d'immersion....

Depuis, chaque programme d'un nouveau véhicule électrique de la gamme prend en compte dès sa genèse, les besoins des services de secours et réalise des essais avec les Pompiers en amont de la commercialisation du produit.

Pour déployer la formation à l'intervention sur les véhicules électriques Renault, tous les documents rédigés sont mis en ligne et accessibles gratuitement sur le site web Renault, dans toutes les langues des pays de commercialisation. En outre, un expert Véhicule Electrique de Renault, lui même pompier volontaire, est à disposition des SDIS demandeurs pour former les pompiers à l'intervention sur les véhicules électriques de la gamme.