

Les accidents domestiques, de loisirs et sportifs d'une population active : perspectives de prévention par l'éducation pour la santé

C. Godard, Aline Chevalier, G. Lahon

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2002/3 Vol. 14 , PAGES 215 À 229
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.023.0215

Date de mise en ligne : 01/01/2008

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2002-3-page-215?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Les accidents domestiques, de loisirs et sportifs d'une population active : perspectives de prévention par l'éducation pour la santé

An epidemiological investigation of domestic, recreational and sports-related accidents: perspectives for injury prevention through health education

C. Godard⁽¹⁾, A. Chevalier⁽¹⁾, G. Lahon⁽¹⁾

Résumé : Suite à des enquêtes épidémiologiques sur les accidents domestiques, de loisirs et sportifs des employés bénéficiaires du Régime Particulier de Sécurité Sociale des Industries Électriques et Gazières en 1996 et 1997, cet article dégage des accidents évitables et fréquents, susceptibles d'être ciblés par des actions d'éducation pour la santé. Il s'appuie aussi sur les demandes d'information exprimées par la population pour conseiller des thèmes d'actions d'information. Il propose une suite à l'« enquête-action » impulsée en 1996, en tenant compte du contexte et des contraintes professionnelles : messages de prévention, actions internes de promotion de la santé expérimentales et évaluées, relais de campagnes externes visant les accidents qui pourraient être évités chez les adultes. Les accidents évitables identifiés dans cette étude ne sont pas spécifiques de la population active étudiée. Ils pourraient être ciblés par des programmes plus généraux de promotion de la santé.

Summary : Resulting from the findings of epidemiological surveys on non-work-related accidents conducted in 1996 and 1997 among employees covered by a special health insurance programme for gas and electric company workers, this article identifies avoidable and recurrent accidents that may be targeted by health education interventions. It also emphasizes the importance of considering the needs expressed by the population at large when developing the themes for information campaigns. Finally, it proposes a sequel to the « survey – action plan » released in 1996. The proposed follow-up takes into

(1) EDF Gaz de France, Service Général de Médecine de Contrôle, 22-28, rue Joubert, 75009 Paris.

account the occupational setting and its professionally-related barriers, and includes delivering prevention messages, conducting in-house experimental health promotion activities (and evaluating them), and disseminating intermediary external campaigns aimed at impeding avoidable accidents among adults. The preventable accidents identified in this study are not specific to the employed population group studied here; they may also be targeted by more general health promotion programmes and interventions.

Mots clés : prévention - promotion de la santé - éducation pour la santé - entreprise - accidents domestiques - accidents de loisirs - accidents de sport.

Key words : prevention - health promotion - health education - company - household accidents - recreational accidents - sports-related accidents.

Introduction

Un des objectifs de « l'enquête action » initiée en 1996 par les médecins conseils du régime particulier de sécurité sociale des industries électriques et gazières, était de mieux connaître les circonstances de survenue et les facteurs de gravité des accidents domestiques, des accidents de loisirs et des accidents de sports survenant chez les employés, pour mieux appréhender les comportements à risques susceptibles de faire l'objet d'actions préventives d'éducation pour la santé [5, 20].

Une phase de terrain de trois ans a permis de mettre en place des enquêtes transversales, de les réaliser, puis de décrire les groupes d'accidents les plus homogènes.

Les premières descriptions épidémiologiques conduisent à écarter la gravité accidentelle comme cible de prévention réaliste [1, 5, 20]. En effet, la gravité médicale immédiate de l'accident dépend de la lésion occasionnée (fracture, coupure ...), elle est indépendante des prises de risques qui ont pu être enregistrées. Les groupes homogènes de lésions des accidentés apparaissent comme des conséquences d'éléments environnementaux momentanés et conjoncturels : le

fait que l'accident ait occasionné ou ait conduit à une chute ou pas, le fait qu'un objet ou qu'un obstacle dur ait été percuté ou pas, le fait que le lieu d'impact ait concerné une zone corporelle plus ou moins sensible. Bien sûr, la gravité, appréciée par l'existence d'une hospitalisation, d'une intervention chirurgicale, ou par la durée de l'arrêt médical, est aussi liée à des variables individuelles intrinsèques telles que l'âge de l'accidenté. Mais la promotion de la santé n'a évidemment pas de prise sur ce type de critère. Enfin, la gravité appréciée par les séquelles résiduelles à distance, est très légère : seulement 1 accident sur 3 est entaché de séquelles, correspondant le plus souvent à de légères douleurs ou raideurs résiduelles.

Les accidents de sport, à la grande déception de certains médecins enquêteurs, ne semblent pas non plus des cibles de prévention intéressantes, car les facteurs comportementaux pris en compte dans les premières analyses n'apparaissent pas spécifiques aux différents types d'accidents homogènes mis en évidence [5]. De façon frappante, les accidentés se déclarent cependant extrêmement demandeurs d'informations médicalisées sur les risques traumatiques de leur sport [1, 5].

La survenue des accidents domestiques et de loisirs, au contraire, semble liée à des prises de risques comportementales non négligeables: ainsi, le groupe des « accidents de bricolage, de jardinage, ou d'allées et venues à l'extérieur de la maison », qui représente 19 % des accidents domestiques et de loisirs, compte 26 % d'accidentés déclarant avoir mal évalué les risques au moment de leur accident [20]. Afin de mieux juger de l'évitabilité de ces comportements, il a été nécessaire de retourner aux données d'enquête, pour comparer les déclarations de différents groupes d'accidentés.

Parallèlement au déroulement des enquêtes épidémiologiques, les principales attentes d'information des agents sur le risque accidentel ont été explorées par des enquêtes d'opinion locales: ce sont les thèmes tels que « le sport et la santé » [1, 5], « la sécurité de l'enfant », ou « le geste qui sauve » qui ont été demandés de façon récurrente [10]. Des actions de sensibilisation au risque accidentel ont été proposées par les services médicaux locaux pour commencer à répondre à ces attentes et pour appréhender concrètement les techniques d'éducation pour la santé les plus appropriées à leur contexte professionnel [8, 10, 15].

L'objet de cet article est de proposer des suites possibles à l'enquête – action. Il précisera les événements accidentels susceptibles de faire l'objet d'actions informatives, éducatives ou préventives, en résumant leur fréquence et leur gravité actuelles au moyen d'indicateurs synthétiques. Il définira les principaux messages des enquêtes à leur égard. Il proposera différents modes d'organisation coordonnée des interventions.

Rappel: population étudiée, accidents observés dans les enquêtes

Les médecins conseils d'EDF et Gaz de France surveillent tous les problèmes de santé entraînant un arrêt de travail chez les bénéficiaires actifs du Régime particulier de Sécurité Sociale des Industries Électriques et Gazières. Leur consultation s'exerce sur 158 centres locaux répartis sur le territoire national; 24 médecins conseils locaux ont participé à une enquête transversale sur les accidents domestiques et de loisirs auprès de 47 848 employés en 1997; 56 autres médecins conseils ont participé à une enquête transversale sur les accidents de sport auprès de 67 516 autres employés en 1996 ou 1997 [5, 20]. Au total, 853 accidents de la vie domestique ou de loisirs avec arrêt de travail, et 545 accidents avec arrêt de travail au cours de pratiques sportives organisées ont fait l'objet d'un recueil d'information épidémiologique.

Matériel et méthodes

Les données individuelles et comportementales, la plupart du temps communes aux deux enquêtes, ont été reprises: âge, sexe, collègue, existence d'antécédent personnel d'accident de la vie courante, pratique sportive ou non, motivations à la pratique sportive, intérêt porté pour les questions générales de santé ou de prévention, taille, poids, corpulence ($\text{Body Mass Index} = P/T^2 > 28$), consommation d'alcool, activité ou sport pratiqué au moment de l'accident, facteurs personnels susceptibles d'avoir joué un rôle dans l'accident: fatigue, pathologie, malaise, crampe, vertige, manque d'attention, stress, mauvaise évaluation des risques, prise de risques délibérée,

prise de précautions particulière, défaut d'appareil ou de matériel utilisé, ou défaut d'utilisation d'un objet non défectueux. Quelques variables traduisant la gravité accidentelle ont également été reprises pour caractériser la gravité de certains groupes d'accidents : lésion occasionnée, durée de l'arrêt médical, séquelles résiduelles importantes, appréciées selon un barème régulièrement utilisé après accident du travail.

Des indicateurs de comportements « à risques » ont été définis par combinaison d'une ou de plusieurs variables :

- « l'inattention » au moment de l'accident a été appréciée par la déclaration de l'accidenté en tant que telle ;

- « le comportement imprudent » a été apprécié par la déclaration de « prise de risque » délibérée dans les accidents domestiques, par le « non respect des règles de sécurité » dans les accidents de sport ;

- « le manque de savoir-faire » a été apprécié par la déclaration de « mauvaise évaluation des risques, et/ou de mauvaise utilisation d'un objet » dans l'enquête sur les accidents domestiques et de loisirs, par une déclaration de « mauvaise évaluation des risques » dans l'enquête sur les accidents de sport ;

- « l'absence de facteur personnel ou comportemental favorisant l'accident » a été apprécié par des réponses négatives des personnes interviewées à toutes les questions sur les comportements (tels que décrits plus haut) ou à toutes les questions sur les facteurs individuels favorisant (crampe, malaise, vertige, pathologie, fatigue, fin de pratique sportive, condition physique, température, état du terrain, intensité de l'éclairage, collations préalables, tiers en cause, stress) ;

- « le risque comportemental global » a enfin été apprécié par la combinaison d'au moins un des trois éléments : « inattention, ou comportement imprudent, ou manque de savoir faire ».

Nous avons fait l'hypothèse qu'il y aurait une sorte de « bruit de fond », une prise de risque moyenne constatée dans ces accidents, et qu'un excès de risque significatif dans un groupe particulier d'accidentés serait un indicateur d'évitabilité comportementale. Nous avons ainsi comparé, par des tests de Chi², les indicateurs de comportement à risque dans divers groupes correspondant à des situations accidentelles simples et fréquentes, émergeant des premières analyses : les accidents domestiques, les accidents de loisirs, et les accidents sportifs d'une part ; les accidents des sportifs et des accidentés habituellement non sportifs (appelés aussi sportifs occasionnels) d'autre part ; les accidents de bricolage, de jardinage, les chutes dans les escaliers, et les allées et venues à l'extérieur du domicile enfin.

La fréquence et la gravité des accidents à cibler dans une perspective préventive ont finalement été récapitulées dans un tableau d'indicateurs qui regroupe les accidents par mode d'intervention envisageable. Les accidents recommandés pour des actions éducatives, c'est-à-dire visant à augmenter de façon effective le niveau des connaissances, des aptitudes, ou visant à influencer sur les comportements pour retentir sur la morbidité, sont les accidents pour lesquels les enquêtes épidémiologiques ont mis en évidence une part d'évitabilité. Les accidents recommandés pour des actions informatives, c'est-à-dire visant uniquement à diffuser des faits ou des résultats, sont les accidents précédents et ceux qui ont fait l'objet de

demandes d'information (de la population étudiée, de la hiérarchie ou des médecins enquêteurs), dans les enquêtes épidémiologiques ou dans les enquêtes d'opinion parallèles [1, 5, 10].

Le poids des accidents ainsi soulignés a été indiqué par de classiques taux de prévalence, rapportant le nombre de cas observés à l'effectif de la population étudiée; les indices de gravité ont été définis et choisis pour leur possible impact sensibilisant: proportion de personnes accidentées victimes d'au moins une fracture, proportion d'accidentés atteints de plaies ou de déchirures ou de pénétration de corps étrangers, durée de l'arrêt médical de travail, présence de gênes fonctionnelles et handicaps résiduels lourds (équivalent à une Incapacité Permanente Partielle > 15 % selon le barème en vigueur en accidentologie du travail).

L'analyse des suites possibles de « l'enquête action » a enfin pris en compte le retour d'expérience du service médical sur la faisabilité, en entreprise, de programmes d'éducation pour la santé basés sur des actions coordonnées et répétées d'information, de formation, d'animations, ciblant des risques comportementaux communs [10].

Résultats

Déclarations de prises de risque de l'ensemble des accidentés domestiques, de loisirs et sportifs (tableau I)

Les accidents domestiques, de loisirs ou sportifs avec arrêt de travail ont touché 26 agents actifs pour 1 000 agents au cours de l'année d'enquête, 44,6 % des accidentés étaient récidivistes, dans un peu plus

d'un cas sur deux (51,6 %) un problème de comportement a été signalé par l'accidenté: inattention, ou manque de savoir-faire, ou imprudence.

Tel un « bruit de fond », la déclaration de l'existence d'un objet ou d'un matériel défectueux ayant favorisé l'accident ne diffère pas significativement entre accidents domestiques, accidents de loisirs et accidents de sport (5,5 % des cas en moyenne). Il en va de même de la déclaration d'imprudence momentanée, qui fluctue dans tous ces accidents autour de 5,7 %.

Environ une fois sur trois, les accidentés ne retrouvent *a posteriori* aucun facteur personnel ou comportemental favorisant. On peut donc supposer qu'ils attribuent alors l'événement au hasard, à la malchance. C'est particulièrement fréquent dans les accidents survenus au cours d'activités de loisirs, à l'extérieur du domicile (42 % des cas), alors que ces mêmes accidents de loisirs sont associés à de forts taux de déclaration d'inattention momentanée (29,4 % contre 22,7 %). On peut donc imaginer que l'évasion psychique recherchée dans le loisir soit aussi associée à une moindre attention aux aléas environnementaux, sans que d'autres facteurs personnels ou comportementaux puissent être incriminés.

Les accidentés du sport sont quant à eux très fréquemment récidivistes (2 cas sur 3), mais ils déclarent moins souvent que les autres une faute d'inattention ou un manque de savoir-faire au moment de leur accident. Globalement, ils expriment d'ailleurs significativement moins souvent que les autres l'idée d'un « comportement risqué » (37,8 %, contre 51,6 % pour l'ensemble des accidents). Rappelons que la pratique du sport reste pour

Tableau I : Principaux facteurs déclarés comme associés à l'événement accidentel de sport, de loisir ou domestique dans les enquêtes épidémiologiques

Déclarations après l'accident par type d'accident	Tous accidents étudiés	Accidents domestiques	Accidents de loisirs extérieurs	Accidents de sport	Chi2
	1 398 cas	683 cas	170 cas	545 cas	
Existence d'un antécédent d'accident similaire	44,6 %	30,3 %	30 %	67,2 %	***
Moment d'inattention contemporain de l'accident	23,5 %	27,3 %	29,4 %	17,1 %	***
Manque de savoir-faire (*)	27,6 %	35,3 %	20,6 %	20 %	***
Imprudence (**)	5,7 %	5,7 %	7,6 %	4,9 %	NS
A utilisé un objet ou du matériel défectueux (***)	5,5 %	5,4 %	6,5 %	5,3 %	NS
Aucun facteur personnel ni comportemental n'est retrouvé	31,8 %	32,1 %	42,3 %	28,3 %	**
Cas associés à un comportement « risqué » (****)	51,6 %	61,3 %	56,5 %	37,8 %	***

(*) Apprécié par une déclaration de « mauvaise évaluation des risques » ou par une « mauvaise façon d'utiliser un objet » dans l'enquête accidents domestiques et loisirs, par une « mauvaise évaluation des risques » dans l'enquête accidents de sport.

(**) Appréciée par une déclaration de « prise de risque » dans les accidents domestiques, par un « non respect des règles de sécurité » dans les accidents de sport.

(***) Ce n'est pas le comportement individuel qui est en jeu ici mais le matériel lui-même.

(****) Inattention au moment de l'accident ou manque de savoir-faire ou imprudence.

Tableau II : Facteurs comportementaux favorisant déclarés par les accidentés domestiques *a posteriori*, pour les principaux lieux ou pour les principales activités accidentelles

Déclarations <i>a posteriori</i> par type d'accident domestique	Bricolage à domicile		Jardinage		Passage dans les escaliers		Allées-venues hors du domicile		Reste de la vie domestique		Chi2
	(162 cas)		(55 cas)		(80 cas)		(119 cas)		(267 cas)		
Inattention au moment de l'accident	50	30,9 %	11	20 %	25	31,3 %	37	31,1 %	63	23,6 %	NS
Manque de savoir-faire	82	50,6 %	25	45,5 %	27	33,8 %	20	16,8 %	122	45,7 %	***
Imprudence	13	8 %	4	7,3 %	9	11,3 %	3	2,5 %	10	3,8 %	*
Objet ou matériel défectueux utilisé	7	4,3 %	3	5,5 %	7	8,8 %	7	5,9 %	13	4,9 %	NS
Aucun facteur personnel ou comportemental	37	22,8 %	16	29,1 %	22	27,5 %	45	37,8 %	99	37,1 %	*
Cas associés à 1 comportement « risqué »	123	75,9 %	36	65,4 %	53	57,6 %	61	56,3 %	146	54,7 %	***

eux incontournable, c'est une question de « plaisir », de « besoin intense », et de « santé » [1, 5]. Le risque traumatique existe, certes, mais il est consenti et n'est donc pas vécu comme un risque susceptible d'être notablement infléchi. Leurs prises de risque semblent fréquemment vécues comme « contrôlées ».

Déclarations des accidentés domestiques sur leurs propres prises de risques, par principale situation accidentelle

Le bricolage, le jardinage, le passage dans les escaliers du domicile, et les allées-venues à l'extérieur du domicile pour s'occuper de sa « maison » concernent à eux seuls près des deux tiers des situations accidentelles des accidents domestiques (61 %). Ces situations de la vie quotidienne renvoient à des moments de la vie courante qu'il serait facile d'appréhender dans des actions préventives. Le tableau II montre que ce sont les accidents de bricolage et les accidents de jardinage qui sont globalement le plus fréquemment rattachés à l'existence d'un « comportement risqué ». Ces accidents sont marqués par « l'imprudence » (7 à 8 % des cas) et par un « manque de savoir-faire » (46 à 51 % des cas). Il est donc possible que des actions éducatives correctement conduites, qui porteraient sur la connaissance des risques [6, 7] et sur l'amélioration des aptitudes influent sur les comportement insouciant et par suite, sur la morbidité : bons réflexes d'achat ou d'emprunt de matériel normalisé, de protection ou d'habillement, de lecture des modes d'emploi, de lecture des étiquetages, d'aménagement, de stabilisation et de rangement du matériel, par exemple.

Les accidents dans les escaliers, en revanche, sont plus fréquemment

déclarés comme dus à des prises de risque inutiles que les autres accidents domestiques (11 %, contre 5 %). Ceci correspond en particulier au fait que ces accidentés prétendent avoir « mal utilisé » leur escalier dans 25 % des cas. Il serait donc probablement utile de sensibiliser la population au fait que les risques de glissades et de chutes ne concernent pas seulement les enfants et les personnes âgées. Ainsi, les messages de la campagne de prévention nationale « Aménagez votre maison pour éviter les chutes », qui visaient les personnes âgées [9], seraient aussi intéressants pour les adultes, quand il s'agit d'aménager son escalier. Il serait également possible de chercher à susciter, chez les employés, des comportements plus proches des recommandations de la Commission Sécurité des Consommateurs [6] sur les modes d'éclairage, d'aménagement des sols et d'entretien de sols non glissants.

Déclarations des accidentés du sport sur leur propres prises de risque, selon le degré de pratique sportive et selon le sport accidentel

Si les accidents de sport ont été réétudiés, malgré l'absence de résultats sur les comportements en première analyse [1, 6], c'est parce que le sport, très passionnel, fait l'objet de beaucoup de demandes d'informations des accidentés et des enquêteurs. Il convenait donc de vérifier la justesse de certains *a priori* fréquemment véhiculés dans les séances informatives relatives à la médecine du sport.

Le tableau III rappelle les sports pour lesquels les récurrences accidentelles sont particulièrement fréquentes : il s'agit des sports de « ballon » c'est-à-dire du rugby, du football,

Tableau III : Facteurs comportementaux déclarés *a posteriori* par les accidentés de sport selon le sport pratiqué au moment de l'accident

Déclarations selon le sport accidentel	Football (146)	Ski (135)	VTT Vélo (55)	Rugby (35)	Basket Hand Volley (46)	Autre sport (128)	Chi2
ATCD accident de sport	76,7 %	58,5 %	58,7 %	94,3 %	80,4 %	59,4 %	***
Inattention déclarée élément déterminant l'accident	8,9 %	26,7 %	30,9 %	5,7 %	10,9 %	15,6 %	***
Mauvaise évaluation des risques, élément déterminant	11,6 %	28,9 %	50,9 %	11,4 %	4,3 %	15,9 %	***
Imprudence (non respect des règles de sécurité)	4,1 %	4,4 %	7,3 %	0 %	0 %	8,6 %	NS
Utilisation de matériel défectueux	6,8 %	7,4 %	3,6 %	2,9 %	0 %	4,7 %	NS
Aucun facteur personnel ni comportemental favorisant	60,3 %	36,3 %	16,4 %	74,3 %	73,9 %	50,8 %	***
Était en bonne forme au moment de l'accident (*)	83,6 %	81,5 %	89,1 %	82,9 %	93,5 %	85,2 %	NS
Pratique le sport pour le bien-être (**)	93,2 %	92,6 %	92,7 %	100 %	95,7 %	95,3 %	NS
Serait en manque sans activité sportive	68,5 %	51,9 %	69,1 %	85,7 %	80,4 %	71,7 %	***
Pense que le sport a un effet positif sur sa santé	93,8 %	91,9 %	98,2 %	97,1 %	97,8 %	96,1 %	NS
S'informe sur la santé	75,3 %	76,3 %	74,5 %	74,3 %	73,9 %	79,7 %	NS
S'informe sur les risques du sport, sur leur prévention	74 %	73,3 %	78,2 %	80 %	78,3 %	82,8 %	NS
Suit les conseils de prévention qui lui sont donnés	91,1 %	89,6 %	89,1 %	91,4 %	93,5 %	94,5 %	NS
Souhaite une information des médecins de l'entreprise	83,6 %	79,3 %	81,8 %	71,4 %	67,4 %	77,3 %	NS
Excès corpulence (***)	4,1 %	10,4 %	11,4 %	5,5 %	8,7 %	6,3 %	NS
Est actuellement fumeur	49,3 %	48,1 %	42,8 %	60 %	37 %	46,1 %	NS
N'a pas bu de vin, bière, cidre, apéritif, digestif dans la semaine	10,3 %	17,8 %	40 %	12,7 %	23,9 %	30,5 %	***

(*) Déclarations sur sa « forme générale avant l'accident » et sur sa « condition physique au moment de l'accident ».

(**) C.a.d., selon les déclarations de l'accidenté : « pour le plaisir » ou « pour la santé, la condition physique ».

(***) Body Mass Index = $P / T^2 > 28$.

du basket, du handball et du volley (8 récidivistes sur 10 accidentés). Ce n'est pas très étonnant étant donné la fréquence et le niveau de pratique de ces sports d'équipe en clubs sportifs, dans une dynamique bien souvent compétitive. Ces accidentés déclarent d'ailleurs encore plus souvent que les autres qu'ils seraient « en manque » sans la pratique de leur sport. Ils ne déclarent pas souvent de facteur personnel ou comportemental favorisant leur accident.

Les accidents de sport de nature tels que le ski, le cyclisme, le VTT et le cyclotourisme sont au contraire associés à une fréquente déclaration d'inattention et de mauvaise évaluation des risques, probablement en rapport avec l'environnement sportif, moins circonscrit. D'ailleurs ces accidentés déclarent peu fréquemment l'absence de facteur favorisant leur accident, ils incriminent fréquemment un sol glissant (52,6 % des accidentés du vélo et du ski contre 27,3 % pour l'ensemble des sports). On note enfin que les accidentés du vélo se distinguent par une déclaration fréquente d'absence totale de boisson alcoolisée dans la semaine qui a précédé leur accident.

Quant aux « sportifs occasionnels » ou « non sportifs », pour lesquels la pratique sportive à l'origine de l'accident était tout à fait récente ou ponctuelle, ils représentent 7 % des accidentés du sport, soient 6 accidentés pour 10 000 agents sur l'année d'enquête. On a regardé leurs caractéristiques comportementales, puisqu'ils sont fréquemment décrits comme un problème préoccupant les médecins du sport. Les comportements à risques déclarés contemporains de l'accident ne diffèrent pas de ceux des accidentés sportifs réguliers, leurs consommations de tabac et d'alcool dans la semaine écoulée ne diffèrent

pas non plus. D'âge comparable, ils présentent en revanche un excès de corpulence : 15,8 % des accidentés non sportifs contre 6,5 % chez les sportifs présentent un indice de Quetelet > 28. Ils présentent surtout aussi un problème de gravité accidentelle médicale supérieure : 29 % atteints de fractures contre 24 % chez les sportifs, 3 % de séquelles importantes (IPP > 15 %) contre 1 %, 49 jours d'arrêt médical contre 34 jours chez les sportifs réguliers (tableau IV).

Discussion sur les interventions préconisées à ce stade de l'enquête action

Le tableau IV récapitule les principaux indices de fréquence et de gravité des accidents qui ressortent de ces analyses. Certains d'entre eux présentent un caractère d'évitabilité (actions informatives ou éducatives préconisées), d'autres ont des caractéristiques qui méritent d'être signalées (actions informatives conseillées), d'autres enfin pourront faire l'objet de questions du public dans les diverses séances d'informations organisées (renseignements complémentaires).

Les messages sur les comportements en jeu au moment des accidents

1) Les accidents de bricolage, les chutes dans les escaliers et les accidents de jardinage (communément appelés en fin d'étude les accidents BEJ, Bricolage, Escaliers, Jardinage) seraient à mettre au cœur d'un retour d'information après enquête, puisque les deux tiers d'entre eux sont décrits par les accidentés comme associés à des comportements risqués au moment de l'accident. Leur survenue devrait être amoindrie par des pro-

Tableau IV : Indicateurs de fréquence et de gravité des accidents susceptibles de faire l'objet d'actions informatives ou d'actions préventives

Indicateurs de fréquence et de gravité, par type d'accident	Prévalence annuelle pour 1 000 employés	Taux d'accidentés atteints de fractures pour 100 accidents	Taux d'accidentés atteints de plaie(s) (*) pour 100 accidents	Taux de séquelles importantes pour 100 accidents (**) (équivalent IPP > 15 %)	Durée moyenne d'absence par accident
ACTIONS INFORMATIVES OU ÉDUCATIVES					
Accidents domestiques (683)	14,3 %	29 %	18 %	5,5 %	32 j
Bricolage (162)	3,4 %	28 %	31 %	2 %	33 j
Escalier (80)	1,7 %	31 %	9 %	0 %	22 j
Jardinage (55)	1,2 %	29 %	27 %	5,5 %	44 j
ACTIONS INFORMATIVES					
Accidents de sport (545)	8,1 ‰	25 %	7 %	1 %	35 j
Football (146)	2,2 ‰	20 %	3 %	0 %	30 j
Ski (135)	2,0 ‰	32 %	3 %	1,5 %	40 j
VTT vélo (35)	0,8 ‰	36,4 %	29,1 %	3,6 %	44,4 j
Rugby (55)	0,5 ‰	28,6 %	2,9 %	0 %	33 j
Basket Hand Volley (46)	0,7 ‰	9 %	7 %	0 %	30 j
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES POUR LES ACTIONS INFORMATIVES					
Acc. Sport chez 1 sportif (507)	7,5 ‰	24 %	6 %	1 %	34 j
Acc. Sport chez 1 non sportif (38)	0,6 ‰	29 %	8 %	3 %	49 j
Acc. loisirs à l'extérieur du domicile (170)	3,6 ‰	32 %	9 %	2 %	31 j
Allées venues hors domicile (119)	2,5 ‰	29 %	8 %	0 %	40 j

(*) Plaies ou déchirures ou pénétration de corps étranger.

(**) Selon un barème d'appréciation utilisé pour évaluer les séquelles après accident du travail – barème IPP (Incapacité Permanente Partielle).

grammes qui viseraient à faire évoluer les comportements à risque. Ces accidents ont touché près de 7 employés sur 1 000 en 1997. À titre comparatif, les accidents du travail, qui bénéficient de nombreuses actions préventives locales, ont touché 12 agents pour 1 000 pendant l'année 2000 dans l'ensemble EDF et Gaz de France (sources : base de données épidémiologique de la médecine de contrôle).

Les accidents de bricolage et surtout les accidents de jardinage, posent en outre un problème de gravité non négligeable : 5,5 % de séquelles importantes, arrêt médical supérieur à 40 j, parmi les 10 accidents domestiques de gravité importante on compte 3 accidents de bricolage (IPP 25 %, 51 % et 75 %) et 3 accidents de jardinage (IPP 15 %, 20 % et 50 %), 3 autres accidents étant survenus pendant le ménage.

En bricolant ou en jardinant, les accidentés déclarent avoir été insouciant, mais surtout avoir manqué de savoir-faire. Au-delà de l'information, on sent bien ici qu'une incitation à l'achat de produits normalisés doublée d'actions éducatives de qualité sur les mesures de protection, sur les risques de certains outils électriques et/ou coupants, sur les étiquetages, sur la préparation de l'activité de bricolage et de jardinage pourraient aller vers une diminution de la fréquence des accidents [6, 7].

Dans les escaliers, les accidentés déclarent avoir pris des risques inutiles, ils ont été insouciant, ils connaissaient les risques, ils les ont pris. Les chutes dans les escaliers, ont touché à elles seules 1,7 agent pour 1 000 dans l'année. Moins graves que les autres situations accidentelles, elles ont tout de même occasionné 22 j d'arrêt par accident en moyenne. Elles pourraient vraisemblablement

être limitées par des actions de sensibilisation assez simples incitant à la prudence et à l'aménagement correct de l'escalier du domicile.

2) Le sport est une activité dont la forte fréquence des accidents traumatiques n'était pas à démontrer [2, 12]. Mais les sportifs accidentés, qui en général déclarent ne pas pouvoir se passer de leur sport (70,2 % d'entre eux), acceptent ce risque et ne font pas particulièrement de faute comportementale à risque d'accident. Toujours très demandeurs d'informations sur les risques de leur sport (78,5 % d'entre eux, alors que 95,9 % pensent que le sport a un effet positif sur la santé), ils apprécieraient à coup sûr des actions d'information. Ces dernières seraient donc à situer dans la mouvance d'une certaine forme de promotion de la « santé », au sens du « bien-être » (98,8 % des accidentés sportifs déclarent pratiquer le sport pour le plaisir, ou pour la santé, la condition physique), mais pas vraiment dans une perspective de réduction des traumatismes qui semblent inhérents à l'existence même de la pratique sportive.

Il faut cependant souligner la mauvaise évaluation des risques, déclarée dans plus du tiers des accidents de ski, de cyclisme, de cyclotourisme et de VTT (qui représentent près de 3 accidents pour 1 000 agents chaque année). Difficilement maîtrisable, car l'évasion en « grande nature » est justement recherchée dans la pratique de ces sports, elle reste à considérer, car ces accidents sont aussi des accidents relativement graves (surtout les accidents de cyclotourisme et de VTT). Les taux de fractures (plus d'1 cas sur 3), de plaies et de séquelles résiduelles y sont importants. En outre, parmi les 5 accidents de sport les plus graves, on compte 2 accidents de cyclotourisme-VTT

(IPP 20 % et 45 %) et 2 accidents de ski (IPP18 % et 21 %), le cinquième accident, mortel, étant un accident de deltaplane.

Les accidentés « sportifs occasionnels » posent enfin un problème médical et de prise en charge, mais ils sont relativement peu fréquents et sont associés à des prises de risques non significatives. Les cibler dans des actions préventives donnerait donc des résultats décevants.

3) Les accidents de loisirs et les accidents d'allées et venues sont fortement perçus par les accidentés comme dus à des aléas conjoncturels sur lesquels aucune forme de prévention n'aurait de prise. Un moment d'inattention y est fréquemment signalé. Il est probablement lui aussi inhérent à l'activité de loisir, souvent motivée par une recherche d'évasion psychique.

Poursuite de la démarche au service médical :

Un retour d'information sur les résultats et messages des enquêtes

Les médecins conseils, qui pensent avoir suscité une attente locale sur les résultats des enquêtes par leurs actions de sensibilisation au risque accidentel [10], ont demandé d'organiser un retour d'information à la population interviewée. Leur environnement professionnel local a été tenu au courant des résultats intermédiaires et progressifs des enquêtes. Une série d'outils d'information de lecture ou d'utilisation aisée a été proposée pour les aider à fixer les messages des enquêtes sur un plus long terme : dépliants grand public, fiches synthétiques, affiches. Ils traitent des résultats généraux des enquêtes d'une part, des accidents

présentant un caractère évitable d'autre part (accidents BEJ), des autres accidents enfin (par sport, par niveau de pratique sportive, par autre activité). Ces documents sur support papier peuvent en effet être utilisés dans des séances d'information, être diffusés, être éventuellement relayés dans les journaux internes, être utilisés dans des animations locales. Il a été également envisagé de réaliser un film vidéo d'une quinzaine de minutes pour interroger de façon vivante et attractive les principaux responsables des organismes français en charge des campagnes sur les accidents de la vie courante (CFES, CNAMTS, CSC et autres partenaires publics et parapublics) [9, 19].

Ce retour d'information pourrait évidemment s'accompagner d'un relais des messages des campagnes externes d'éducation pour la santé, ou des documents édités sur les thèmes d'informations demandés par les agents. Des dépliants sur les risques de certains sports, sur le geste qui sauve, sur la sécurité de l'enfant sont diffusés par des organismes tels que le ministère de la jeunesse et des sports, la Croix Rouge, les Sapeurs pompiers de Paris, la Fédération Française de Cardiologie, EDF-GDF, l'APS, la DGS, la CNAMTS, les compagnies d'assurances, etc.

Une campagne de promotion de la santé interne est-elle envisageable dans l'entreprise ?

Messages, affiches, dépliants synthétiques, film, mise à disposition de documents d'information grand public, actions complémentaires de proximité... il y aurait là les premiers ingrédients d'une campagne d'information ou d'éducation pour la santé dans l'entreprise.

Dans les entités de l'entreprise présentant un climat favorable au partenariat des acteurs de prévention internes (services de sécurité, de médecine du travail, de médecine de contrôle), il pourrait être envisagé de mener des programmes expérimentaux de promotion de la santé. Ils impliqueraient une succession d'actions locales de proximité, informatives ou éducatives, ciblant les connaissances et les comportements par rapport aux accidents de bricolage, de jardinage ou par rapport aux chutes dans les escaliers du domicile. Le concours de partenaires extérieurs de différents réseaux d'éducation pour la santé (CRES, CDES, CRAM, CPAM...) pourrait aussi y renforcer la démarche préventive. L'évaluation des programmes pourrait être conduite par le service national de médecine de contrôle. Il faut néanmoins convenir, après expérimentation sur le terrain [10], que les actions de promotion de la santé demandent un dynamisme, une disponibilité (donc des moyens), une créativité, difficiles à maintenir sur le long terme, si elles ne sont pas soutenues par une politique de santé locale ouverte à la santé publique, convaincue, déterminée et pérenne.

À un degré supérieur, l'organisation d'une campagne de promotion de la santé spécifique au niveau de l'ensemble de l'entreprise, serait une démarche nouvelle. Son lancement impliquerait de surmonter un certain nombre de difficultés. Une telle campagne ne peut être impulsée par un service médical isolément. Elle nécessite d'abord l'existence d'une conviction interne consensuelle et répandue, au niveau hiérarchique comme au niveau des employés, sur l'utilité d'engager une prévention sur ce sujet. Elle nécessite aussi l'adhésion de la hiérarchie et des employés sur la légitimité d'appréhender le problème à

partir des comportements individuels « risqués », tout en respectant la liberté individuelle et la vie privée. Ceci impliquerait donc de gérer de façon parallèle dans l'entreprise la « prévention des risques d'accidents du travail », obligation légale, et la « prévention des risques d'accident de la vie courante », non obligatoire et relevant d'une politique choisie de « promotion de la santé » [12, 15, 18] : les moyens techniques et humains sont souvent communs, mais l'optique est différente. La promotion de la santé doit en effet engager des spécialistes en santé publique formés à « l'éducation pour la santé » [8, 14], pour préparer les bases techniques d'un programme de long terme, avec ses objectifs de réduction des risques et de réduction de la morbidité. Un groupe de pilotage interservices doit également mobiliser les ressources d'intervention internes de façon cohérente et coordonnée (information, animation, communication, formation sur le risque accidentel). La première tâche de ce groupe serait sûrement d'initier de façon commune aux termes et aux concepts de l'éducation pour la santé, les différents intervenants volontaires pour un programme futur interdisciplinaire. Il aurait ensuite à s'assurer de l'élaboration de protocoles d'évaluation de l'efficacité du programme avant son démarrage (sondages d'impact, enquêtes annuelles sur l'évolution des connaissances et des comportements déclarés, indicateurs de morbidité), puis à suivre la bonne marche des interventions successives. Il s'agit bien d'une dynamique préventive de long terme puisque l'efficacité des programmes qui intègrent de nombreuses interventions techniques autour de messages de prévention communs, se mesure sur plusieurs années [12, 17, 18]. Or, malgré l'avance des industries électriques et

gazières sur de nombreux sujets de santé publique, malgré aussi leur savoir-faire en prévention ou en communication sur différents risques professionnels et environnementaux [11, 16], malgré leur intérêt pour la recherche dans le domaine de la santé, il semble aujourd'hui difficile (mais néanmoins réalisable) d'y entreprendre un programme national de promotion de la santé.

Les messages qui ont été tirés des enquêtes pourraient enfin être analysés voire relayés à l'extérieur, par exemple en liaison avec la cellule d'observation des accidents de la vie courante que coordonne l'INVS [3, 9, 19]. En effet les accidents évitables identifiés chez les adultes de notre étude n'ont aucune raison d'être spécifiques de la population des employés d'EDF et Gaz de France. Or, à l'exception des fiches d'information diffusées par la Commission Sécurité des Consommateurs [6, 7], on ne connaît pas, à l'heure actuelle, de campagne organisée en France pour prévenir les accidents de bricolage, de jardinage et les chutes dans les escaliers chez les adultes.

Conclusion

Les enquêtes épidémiologiques auprès des employés des Industries Électriques et Gazières ont fourni des

informations intéressantes et généralisables sur l'évitabilité de certains accidents de la vie domestique, de loisirs et sportifs en population adulte active. Ce sont les accidents de bricolage, de jardinage et des chutes dans les escaliers du domicile, qui touchent environ 7 adultes actifs sur 1 000 chaque année qui sont significativement liés à des comportements « risqués », selon les déclarations des accidentés. Ces résultats feront l'objet d'un retour d'information « grand public » à la population observée.

Conformément aux objectifs de « l'enquête action » impulsée en 1996, des perspectives préventives et des moyens possibles pour un relais des résultats des enquêtes ont été proposés. Une campagne de promotion de la santé qui viserait la réduction de la survenue de ces accidents, pourrait être initiée par les structure extérieures chargées des campagnes générales de promotion de la santé en France. Une campagne pourrait aussi, en théorie mais plus difficilement en pratique, résulter de la politique de santé de l'entreprise. Dans tous les cas, le relais d'une telle campagne impliquerait le volontariat interne. Elle supposerait aussi le partenariat des acteurs concernés par la prévention des problèmes de santé fréquents ou graves des employés.

REMERCIEMENTS

L'enquête – action sur les accidents domestiques, de loisirs et sportifs a été menée par les médecins conseils locaux et régionaux et par les assistantes locales et régionales du régime particulier de sécurité sociale des Industries Électriques et Gazières (IEG) des régions Est, Île-de-France, Manche Mer du Nord, Méditerranée, Ouest, Paris et Sud - Est.

La coordination technique générale a été réalisée par la cellule épidémiologie et santé publique du Service Général de Médecine de Contrôle d'EDF et Gaz de France.

Ph. Lecorps, C. Quelier et J.L. Dabadie ont participé aux stages de formation à l'éducation pour la santé.

Nous remercions E. Petin et H. Chriqui pour leur relecture.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bertsch J, Chevalier A. Les accidents de sport chez les salariés d'EDF et de Gaz de France de la région Rhône-Alpes-Bourgogne : 1er volet d'une recherche action en milieu professionnel. Rapport SGMC, novembre 1998.
2. Blin P, Nouveau A. Les français et le sport. *Actualités et Dossiers en Santé Publique* 1996 ; 14 : II-III.
3. Bourdessol H, Gautier A, Guilbert P, Arwidson P, Baudier F. Pratique du roller et port de casque. *BEH* 2001 ; (13).
4. CFES, CNAMTS. Baromètre Santé, premiers résultats, 2000.
5. Chevalier A, Bertsch J, Allegre N *et al.* Les accidents de sport chez les salariés d'EDF et Gaz de France des régions Rhône-Alpes et Bourgogne : fréquence et gravité. *J Traumatol Sport* 2000 ; 17 : 108-15.
6. Commission Sécurité des Consommateurs. Fiches pratiques. Cité Martignac, 111, rue de Grenelle, 75353 Paris 07.
7. Commission Sécurité des Consommateurs. « Je bricole en toute sécurité », « Je jardine en toute sécurité », dépliants.
8. Conférence nationale de santé, rapport 2001. Strasbourg, 27-29 mars 2001.
9. Duval C, Bouvet ML, Yacoubovitch J *et al.* Les accidents de la vie courante. La santé en chiffres. Cellule nationale d'observation des accidents de la vie courante (COAC), 1998 : 30 p.
10. Godard C, Chevalier A, Hazard B *et al.* Éducation pour la santé en entreprise ? Un service médical à l'épreuve du terrain. *Santé publique*, 2002 ; 14 : 3 : pp. 301-309
11. *INC Hebdo*. Rencontres nationales de la sécurité domestique – Fondation d'Entreprise Gaz de France – Fiche document, N° 807, 19 mars 1993.
12. IUHPE. The evidence of health promotion effectiveness – Shaping public health in a new Europe. Report for the european commission, january 2000 : 126 p.
13. Koralsztein JP. La santé à l'épreuve du sport. *Sport en questions*, 1986 : 160 p.
14. Ministère de l'emploi et de la solidarité – Ministère de la santé. *L'éducation pour la santé, un enjeu de santé publique*, février 2001.
15. Ottawa charter for health promotion. First international conference of health promotion, Ottawa, 21 novembre 1986. *Health Promotion* 1987 ; 1 : 4.
16. Promotelec et Service Général de Médecine du Travail d'EDF-GDF. « Savoir vivre avec l'électricité ». Brochure, 21 p., « Notre amie l'électricité ». Brochure, 29 p.
17. Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A. The north Karelia project, 20 years results and experiences. Helsinki : National Public Health Institute, 1995 : 364 p.
18. Roussille B, Arwidson P. L'éducation pour la santé est-elle efficace ? Vanves : CFES, 1998 : 45 p. (Dossiers techniques).
19. Thelot B, Nectoux M, Isnard H, et le réseau de surveillance des accidents de la vie courante. Épidémiologie des accidents de roller en France (1997 à 1999). *BEH* 2001 ; (13).
20. Verrier A, Chevalier A. Analyse épidémiologique des accidents domestiques et de loisirs survenus au cours de l'année 1997 dans 3 régions EDF et Gaz de France. Rapport SGMC, avril 1999.