

# Le vélo en toute sécurité. Mais comment ?

**Entre éducation et obligation, l'action de la région de Montréal au Québec pour l'adoption du port du casque à vélo, illustre de façon intéressante la complexité de la promotion de la santé dans ce domaine.**

Il est reconnu que la pratique régulière du vélo contribue à améliorer la santé et le bien-être des utilisateurs, en favorisant notamment une meilleure forme physique et en réduisant le stress et le risque de maladies cardio-vasculaires. Cependant, la pratique du vélo est également associée à un nombre important de blessures parfois mortelles ou suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation. Pour profiter pleinement des bienfaits du cyclisme tout en limitant le risque de blessures, il est important d'en promouvoir une pratique sécurisée.

Cette pratique sécurisée peut être favorisée soit en réduisant le risque d'accident, soit en réduisant l'incidence et la gravité des blessures en cas d'accident. Ces deux approches doivent être privilégiées parce qu'elles sont complémentaires.

Concernant la réduction de l'incidence et de la gravité des traumatismes crâniens liés aux accidents de vélo, de nombreuses initiatives ont été menées dans les douze dernières années afin d'accroître l'utilisation du casque de vélo. Différentes stratégies ont été mises en avant (information, éducation, action communautaire et législation). L'évaluation de ces programmes a démontré une augmentation de l'utilisation du casque de vélo et, parallèlement, une réduction des traumatismes crâniens dans les populations visées (1, 2).

## La promotion et les éléments de succès

### L'expérience montérégienne

La Montérégie est l'une des seize régions socio-sanitaires du Québec ;

d'une superficie de 10 000 km<sup>2</sup>, elle est située au sud de l'île de Montréal. On y compte un peu moins de 220 municipalités et une population de 1,3 million d'habitants, soit 18 % de la population du Québec. L'équipe en prévention des traumatismes de la direction de Santé publique de la Montérégie, qui existe depuis 1986, procède tous les cinq ans à une démarche permettant d'établir les priorités d'action.

Dès la fin des années quatre-vingt, la prévention des traumatismes crâniens chez les cyclistes a été identifiée comme une priorité d'action et l'utilisation du casque de vélo a été choisie comme la mesure la plus efficace à promouvoir (3). Le programme *Mon vélo-casque c'est sauté* d'une durée de quatre ans (1990 à 1994) a été réalisé auprès des 100 000 jeunes âgés de 5 à 12 ans. Son objectif était d'obtenir un taux de port du casque de vélo de 20 % parmi ces derniers. Les résultats de l'évaluation ont permis de démontrer l'efficacité de ce programme : après quatre ans, 56 % des jeunes disaient posséder un casque de vélo (4) et 33 % le portaient (5). Toutefois, les résultats observés ont révélé que le programme avait été trois fois moins efficace dans les municipalités catégorisées pauvres et ce, malgré la mise en œuvre de diverses activités incitatives à l'acquisition de casques (disponibilité accrue du casque chez les détaillants, bons de réduction, achats de groupe permettant un prix réduit, casques offerts gratuitement).

### Les éléments de succès

Sans reprendre de façon détaillée toutes les étapes du développement de ce programme, on peut néanmoins

identifier les facteurs qui ont sûrement favorisé l'atteinte de ses objectifs :

- une bonne compréhension du problème et de la population visée ;
- l'utilisation d'un cadre conceptuel rigoureux pour le développement du programme ainsi que le recours aux théories explicatives du comportement (le PRECEDE (6) *Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis in Evaluation* et la théorie de Fishbein et Ajzen (7)) ;
- des objectifs de résultats précis (réalistes, quantifiables et mesurables) ;
- des moyens adaptés aux milieux ;
- l'implication des partenaires (acteurs et décideurs) dès la conception du programme ;
- l'évaluation du processus et des effets du programme.

### Les retombées du programme

Le programme a eu des retombées tant au niveau régional qu'au niveau provincial.

Au niveau régional, le programme *Mon vélo-casque c'est sauté* ayant été moins efficace dans les municipalités pauvres et dans un souci de lutte contre les inégalités en matière de santé, un nouveau programme d'accessibilité au casque de vélo en milieu défavorisé a été développé. Ce programme visait un accroissement du taux de port du casque chez les jeunes de 5 à 12 ans de familles vivant sous le seuil de faible revenu. L'intervention s'appuyait sur le recrutement d'organismes communautaires ayant un comptoir de vente pour la distribution et la promotion du casque de vélo dans les milieux respectifs. L'évaluation du programme a montré qu'il a été pos-

## ► Références bibliographiques

- (1) Rivara F.P., Thompson D.C., Patterson M.Q., Thompson R.S. *Prevention of bicycle-related injuries. Helmets, education, and legislation*. Ann. Rev. Public Health 1998 ; 19 : 293-318.
- (2) Attewell R.G., Glase K., McFadden M. *Bicycle helmet efficacy: a meta-analysis*. Acc. Analysis and Prevention 2001 ; 33 : 345-52.
- (3) Brown B., Farley C. *The pertinence of promoting the use of bicycle helmets for 8 to 12 year old children*. Chron. Dis. Can. 1989 ; 10 : 92-6.
- (4) Farley C., Otis J., Benoît M. *Evaluation of four-year bicycle helmet promotion campaign in Québec aimed at children ages 8 to 12: Impact on attitudes, norms and behaviours*. Can. J. Public Health 1997 ; 88 : 62-6.
- (5) Farley C., Haddad S., Brown B. *The effects of a 4-year program promoting bicycle helmet use among children in Québec*. Am. J. Public Health 1996 ; 86 : 46-51.
- (6) Green W.L., Kreuter M.W. *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach*. Second edition. Mountain View, Calif : Mayfield Publishing Co ; 1991 : 506 p.
- (7) Otis J., Lesage D., Godin G., Brown B., Farley C., Lambert J. *Predicting and reinforcing children's intentions to wear protective helmets while bicycling*. Public Health Rep. 1992 ; 107 : 283-9.
- (8) Sergerie D., Brown B., Sirois G. *Évaluation du programme d'accessibilité du casque de vélo en milieu défavorisé, Montérégie 1996*. DSP, Régie régionale de la santé publique et des services sociaux de la Montérégie, 1997. ISBN 2-89342-083-4.
- (9) *Enquête sur le port du casque de vélo : 1999*. Société de l'assurance automobile du Québec, service des Études et des Stratégies en sécurité routière, 1999.
- (10) Conseil des directeurs de la santé publique de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec. *Mémoire présenté au regard du Livre vert : La sécurité routière au Québec, un défi collectif*. 2000.

sible de joindre ces jeunes et d'accroître l'utilisation du casque (augmentation de 9 %) (8).

Au niveau provincial, le programme a été généralisé à travers la province par l'intermédiaire du réseau de la santé publique. Cette première initiative a donné le départ à des efforts importants de promotion du casque de vélo sur une base de volontariat par la Société de l'assurance automobile du Québec, la Régie de la sécurité dans les sports et les organisateurs du Tour de l'île de Montréal. De plus, un processus de réflexion national s'est amorcé et s'est poursuivi dans le but d'identifier les meilleures stratégies à utiliser pour accroître le port du casque dans la population québécoise.

### Les principaux constats d'une telle expérience

Il ne fait aucun doute que le programme *Mon vélo-casque c'est sauté* et ses retombées ont permis de sensibiliser la population québécoise à l'importance de porter un casque de vélo et ont incité les différentes autorités concernées à le promouvoir. Toutefois, les interventions de promotion du casque de vélo menées au Québec depuis 1990 comportent des limites en matière de

modification des comportements. Après dix ans d'efforts et des coûts importants, le taux de port du casque est demeuré relativement bas. En 1999, il se situait à 24,9 % comparativement à 26 % en 1998 et à 25,3 % en 1995 (9). Comment peut-on expliquer ces résultats ?

Les moyens et les ressources qui ont été investis par le réseau de la santé publique pour la promotion du casque de vélo, ont été d'intensité différente d'une région à l'autre, limitant l'efficacité des interventions dans les régions sous financées.

Au Québec, comme ailleurs, la population se compose d'individus dont les caractéristiques psychologiques et socio-économiques sont différentes. Les interventions menées ont principalement touché certaines catégories d'individus (les plus novateurs, les plus éduqués, les mieux nantis financièrement). Peu de programmes sélectifs (trop coûteux) ont été réalisés afin de rejoindre les plus résistants (les adolescents) ou les plus défavorisés. Enfin, le peu de financement qui a été octroyé annuellement aux activités de renforcement et le retrait des budgets consacrés à la promotion du casque de vélo suite à de nouvelles orientations

des autorités concernées, n'ont pas permis de conserver les acquis et de continuer d'accroître le port du casque au sein de nouvelles clientèles.

Dans de telles conditions, une loi obligeant le port du casque chez les cyclistes peut devenir un moyen supplémentaire pour favoriser l'atteinte des objectifs poursuivis en matière de prévention des blessures. Plusieurs gouvernements dans le monde ont adopté une loi pour rendre obligatoire le port du casque de vélo et les résultats positifs en termes d'augmentation significative du taux de port du casque de vélo et de réduction des blessures à la tête ont été obtenus (10).

Il faut reconnaître que cette mesure comporte plusieurs avantages :

- il s'agit d'une mesure efficace pour tous ;
- elle crée une norme sociale (acceptabilité) qui inclue les groupes vulnérables et les résistants au changement ;
- elle oblige l'État à rendre la mesure accessible aux groupes défavorisés (responsabilisation de l'État plutôt que l'individu et réduction des inégalités) ;
- à long terme, les coûts sont moindres pour l'implantation d'une loi que pour les interventions de promotion dont les coûts sont récurrents.

Toutefois, malgré ces avantages le choix de cette mesure soulève pour certains des problèmes d'ordre éthique, principalement au niveau du respect de la liberté individuelle et du pouvoir de l'État à obliger les individus à adopter des comportements de sécurité.

Il revient donc à chaque communauté de mener une réflexion éclairée et démocratique afin de choisir pour les individus qui la composent une stratégie efficace et juste pour tous. En ce qui concerne le Québec, le gouvernement s'est penché sur la pertinence de rendre le port du casque obligatoire chez les cyclistes à deux reprises (1996 et 2000), mais n'a toujours pas adopté de loi.

**Céline Farley**

Responsable du certificat  
 en santé communautaire,  
 Faculté de l'éducation permanente,  
 Université de Montréal,  
 Direction de santé publique,  
 Régie régionale de la santé publique  
 de la Montérégie, Canada.