

## **C'est sur les routes des pays les plus pauvres qu'on meurt le plus**

*Emmanuel Bonnet*

Si la prise de conscience du fardeau de santé publique représenté par l'insécurité routière est récente, l'idée reçue établissant que ce sont les pays les plus pauvres, notamment en Afrique, qui connaissent une mortalité routière importante est plus ancienne. Cette mortalité serait notamment associée à une mauvaise formation à la conduite, une corruption forte pour l'acquisition des permis de conduire et une vétusté des véhicules.

Tout d'abord, de quoi parle-t-on lorsque la mortalité et la morbidité sur la route sont évoquées ? Les experts en transport parlent d'accidents de la circulation pendant que les experts en sécurité routière et en santé évoquent les traumatismes issus de la circulation routière. Ces derniers font en effet l'hypothèse que tous les traumatismes liés à la sécurité routière sont évitables par la mise en œuvre de mesures de prévention face aux cinq principaux facteurs de risque que sont la conduite en état d'ivresse, le non-usage de la ceinture de sécurité ou du casque, les excès de vitesse et l'absence de protection des enfants.

L'idée reçue repose également sur des perceptions individuelles et collectives influencées par des comportements sur les routes. En Afrique de l'Ouest, la distinction entre les circulations intra et interurbaines est très importante. Les véhicules qui y circulent sont différents ainsi que les vitesses pratiquées. En ville, la mixité est forte, elle est composée de deux-

roues motorisées, de bicyclettes, parfois d'animaux, de voitures, de camions, et les vitesses sont relativement lentes. En interurbain, ce sont les voitures, les camions et les bus qui dominent. Ces véhicules pratiquent des vitesses importantes en raison d'un trafic peu dense. En général, dans les villes ouest-africaines, les deux-roues et les voitures cohabitent dans une forte densité. Le respect des feux tricolores ou des arrêts est souvent aléatoire. Les perceptions collectives et individuelles sont influencées par l'encombrement, la circulation désordonnée et l'incivilité. Pour les liaisons interurbaines, c'est la vitesse et le comportement des grands véhicules comme les bus ou les camions qui génèrent des perceptions négatives. Des accidents graves avec un nombre de décès importants surviennent fréquemment et produisent des perceptions collectives sur la dangerosité des routes africaines.

### **Des données difficilement comparables**

Des rapports récents estiment à 1,2 million les morts et 50 millions les blessés sur les routes dans le monde. La majorité de ces décès (92 %) surviendrait dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, alors qu'ils ne représentent que 52 % du parc automobile. L'Afrique est le continent qui apparaît le plus touché. Les décès issus de la circulation routière représenteraient la cinquième cause de mortalité, alors qu'elle n'est qu'au dixième rang au niveau mondial. Dans tous les cas, la mortalité et la morbidité liées aux traumatismes de la circulation routière augmentent considérablement dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, alors qu'elles tendent à régresser dans les pays à revenus élevés. Or, la diminution du nombre de morts en France, par exemple, se réalise lentement par de nombreuses législations, des observatoires, une amélioration des véhicules et des infrastructures. La situation dans les pays à revenus intermédiaires et faibles est tout autre ; la simple mesure du nombre d'accidents est déjà difficile.

Si les perceptions collectives, la connaissance empirique et les rapports mondiaux convergent pour annoncer que la plus forte mortalité due à la circulation routière est dans les pays les plus pauvres, il est nécessaire de comprendre comment ces conclusions sont produites, sur quelles preuves elles reposent.

Depuis 2004, l'OMS et la Banque mondiale ont lancé des mesures d'évaluation pour connaître et suivre les évolutions en matière de sécurité

routière dans près de 195 pays. Entre 2009 et 2013, on note que les taux de mortalité les plus hauts surviennent dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, en particulier en Afrique. La situation entre 2009 et 2013 se serait améliorée dans les pays à hauts revenus, alors qu'elle se serait détériorée dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Ces conclusions sont issues de données collectées par l'intermédiaire de relais locaux dans les directions des services de sécurité routière nationale. Les données seraient ensuite vérifiées et validées par les agents de l'OMS. Dans le même temps, l'OMS mentionne que la standardisation des données sur les traumatismes et les modes d'acquisition des données doivent être améliorés.

La collecte des données et la production de résultats sont des éléments clés pour comprendre la situation dans un pays, et plus globalement, sa position dans un ordre mondial de la sécurité routière. Les comparaisons à ces échelles peuvent en effet être difficiles dans la mesure où il n'existe pas de mode de collecte standardisé, ni de contrôle de la qualité des données. À titre d'illustration, je présenterai l'organisation et la production des données au Burkina Faso, un pays à revenus faibles pour lequel des statistiques sont produites dans les rapports mondiaux.

### **Le Burkina Faso, un pays à faible revenu**

Au Burkina Faso, la collecte des données relatives aux traumatismes issus de la circulation routière n'est pas systématique. La procédure classique, dans la ville de Ouagadougou, repose sur la prise en charge des victimes graves par la Brigade des Sapeurs Pompiers. Ceux-ci acheminent les victimes aux urgences médicales dans le principal Centre hospitalier universitaire (CHU). Les procès-verbaux d'intervention sont saisis inégalement par la Brigade. Le CHU renseigne l'entrée de la victime comme un accidenté de la route dans le registre. Les registres sont ensuite compilés au ministère de la Santé pour produire des statistiques nationales. Toutefois, d'autres acteurs peuvent intervenir et produire des données relatives aux traumatismes et décès issus de la circulation, comme la police nationale ou la gendarmerie.

En 2012, l'observatoire de la Sécurité de Ouagadougou recensait près de 68 décès et 11 023 blessés, alors que le CHU enregistrait 5122 victimes évacuées, dont 92 décès dans la seule ville de Ouagadougou, et le ministère de la Santé en comptabilisait 104 (dans les services d'hospitalisation) au

niveau national! D'autres sources convergeraient pour annoncer 500 morts et 6000 blessés pour l'ensemble du Burkina Faso. Le rapport de l'OMS dénombrait 966 morts et proposait une estimation à 4566 morts dans le pays. Si les méthodes employées pour le rapport mondial sont parfaitement décrites, si les sources sont mentionnées (ministère des Transports), elles ne pourraient en aucun cas être mises en œuvre sur le territoire burkinabè.

À ce jour, au Burkina Faso, il n'existe pas d'organe administratif qui synthétise les données relatives aux accidents de la route et aux traumatismes. Plusieurs services collectent irrégulièrement des informations sans les partager et les croiser avec les services de l'État. De même, le ministère de la Santé n'est pas en mesure de décomposer la mortalité issue de la circulation routière.

La publication de tels chiffres est donc surprenante et contribue à alimenter des idées reçues qui reposent sur des perceptions issues du quotidien, de stéréotypes et confortées par des publications faisant la preuve d'une situation nationale qui s'avère pourtant impossible.

Dans ces mêmes rapports, il est fait mention des politiques publiques et des législations en vigueur afin de mesurer l'engagement des pays à suivre les recommandations des experts pour réduire les cinq risques majeurs. Ainsi, toujours au Burkina Faso, s'il existe une limitation de vitesse dans les villes et les zones rurales, il y a peu de moyens de contrôle. On dénombrait en 2011 seulement trois radars à visée directe, essentiellement utilisés dans la capitale et son environnement proche. Le rapport mentionne une loi sur l'alcool au volant, sans détail particulier. Elle est inexistante dans le pays. Concernant la ceinture de sécurité, la loi sera mise en œuvre en 2014 et ne semble pas encore faire l'objet de contrôles et de prévention. Enfin, si la loi sur le port du casque existe, elle est à ce jour suspendue en raison d'une farouche opposition de la population qui s'est mobilisée contre sa mise en place en avril 2005. La connaissance des réglementations en vigueur publiées dans ce rapport est donc juste, mais elle manque de vérification concernant leur application.

La comparaison entre tous les pays du monde est difficile, car la production de données est inégale et souffre d'un manque d'intérêt pour certaines nations. Dans un pays pauvre, la collecte, la maintenance et le traitement des données représentent aussi un coût non négligeable et non prioritaire. Ainsi, dire que ce sont les pays à revenus faibles et intermé-

diaires, en particulier ceux d'Afrique, qui détiennent les plus forts taux de mortalité sur la route est abusif. S'il paraît possible que cette mortalité soit forte et qu'elle soit l'une des principales chez les jeunes, il est impossible de la chiffrer précisément, au risque d'exagérer et d'alimenter des idées reçues.

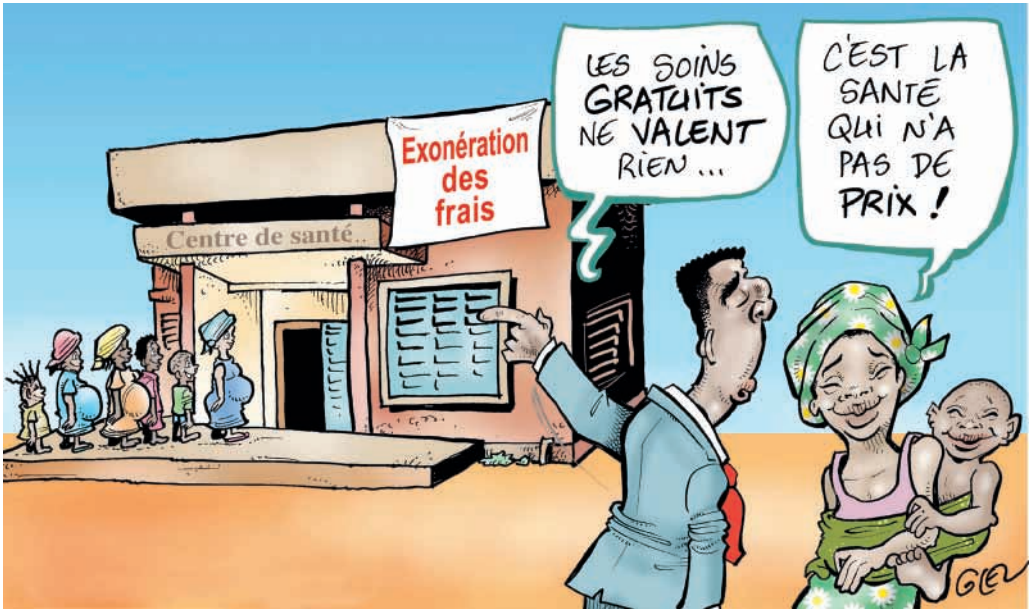
Les traumatismes et la mortalité issus de la circulation routière deviennent des fardeaux pour les pays à revenus faibles et intermédiaires, en particulier en Afrique. Au-delà du nombre de morts ou du taux de morbidité, ce fardeau de santé publique représente un coût économique et social majeur. La nécessité de construire des observatoires, couplés à des accompagnements réglementaires et surtout des mesures de prévention, est indispensable. C'est avant tout par la volonté des États, la sensibilisation et la formation des populations que la prise de conscience collective pour la sécurité routière sera efficace et contribuera à diminuer la perte de vies humaines et les handicaps dus aux problèmes de circulation routière.

### **Pour aller plus loin**

MISSIMIKIM, M. (2012). *Road safety in the WHO african region*. WHO.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004). *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*. Genève, Organisation mondiale de la santé.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013). *Global status report on road safety 2013: Supporting a decade of action*. Geneva, World Health Organization (WHO).



# Des idées reçues en santé mondiale

Sous la direction de  
VALÉRY RIDDE et FATOUMATA OUATTARA

## LIBRE ACCÈS

Projet pilote réalisé  
en collaboration avec  
la Direction des  
bibliothèques  
de l'UdeM.



Le dessin de couverture est une réalisation de D. Glez, d'après une idée de L. Queuille et V. Ridde, produit par HELP/CRCHUM/ECHO.

*Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada*

Vedette principale au titre :

Des idées reçues en santé mondiale  
(PUM)  
(Libre accès)

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 978-2-7606-3523-4

1. Santé mondiale. I. Ridde, Valéry, 1969- . II. Ouattara, Fatoumata. III. Collection : PUM.

RA441.I33 2015

362.1

C2015-941583-7

Mise en pages: Folio infographie

ISBN (papier) : 978-2-7606-3523-4

ISBN (PDF) : 978-2-7606-3524-1

ISBN (ePub) : 978-2-7606-3525-8

Dépôt légal: 4<sup>e</sup> trimestre 2015

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

© Les Presses de l'Université de Montréal, 2015

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier le Conseil des arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

**Canada**

IMPRIMÉ AU CANADA