



La prévention des traumatismes et de la violence



La prévention des traumatismes et de la violence

GUIDE A L'INTENTION DES MINISTRES DE LA SANTE



Organisation
mondiale de la Santé

REMERCIEMENTS

L'Organisation mondiale de la Santé remercie les nombreux auteurs, les personnes qui ont procédé à un examen collégial, les conseillers et les consultants qui ont consacré du temps à cet exercice et dont la compétence a rendu possible la rédaction de ce rapport.

Les premiers projets du document ont été rédigés par Alexander Butchart, Alison Phinney Harvey, Etienne Krug, David Meddings, Margie Peden et Laura Sminkey, avec des contributions de Charles Mock et Saakje Mulder. Le document a ensuite été révisé et mis en forme rédactionnelle par Gabriella Rosen Kellerman et finalisé par Tony Kahane. Il a fait l'objet d'un examen collégial par Wahid Alkharusi, Jamela Alraiby, Mark Bellis, Cyntia Carvalho, Linda Dahlberg, Yussof Fadhli, Wu Fan, Gopalakrishna Gururaj, Margaret Herbert, Jaffar Hussain, Olive Kobusingye, Deborah Malta, Pierre Maurice, Begona Merino, Ahmada Msa Mliva, Charles Mock, Ali Reza Moghisi, Claudia Garcia Moreno, Hisashi Ogawa, Joanne Ozanne-Smith, Jonathan Passmore, Pierre Patry, Francesca Racioppi, Wim Rogmans, Marta Alves e Silva, Dinesh Sethi et Fimka Tozija.

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS :

La prévention des traumatismes et de la violence : guide à l'intention des ministères de la santé.

1. Violence. 2. Plaies et traumatismes - prévention et contrôle.
3. Prévention accident. 4. Programme national santé. 5. Ligne directrice.
I. Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 259525 3

(Classification NLM: WA 30.5)

© **Organisation mondiale de la Santé 2007**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en France.



Table des matières

Introduction	5
Pourquoi ce guide ?	5
Comment ce guide a-t-il été élaboré ?	5
A qui ce guide est-il destiné ?	5
Section 1 Contexte	6
Section 2 Organisation du ministère de la santé	10
2.1 Points focaux	10
2.2 Situation au ministère de la santé	11
2.3 Inscription dans les politiques et plans de santé nationaux	11
2.4 Financement	11
Section 3 Politiques et planification	13
3.1 Elaboration d'un plan d'action du secteur de la santé	13
3.2 Plans d'action multisectoriels	14
3.3 Promouvoir la législation	14
Section 4 Collecte des données	15
4.1 Pourquoi recueillir des données ?	15
4.2 Sources de données	15
4.3 Rôle du ministère de la santé dans la collecte des données	16
4.4 Mise en place de systèmes d'information sur les traumatismes	16
4.5 Compléter les informations disponibles par la recherche	17
4.6 Compilation et diffusion des données	17
Section 5 Services	19
5.1 Soins préhospitaliers	19
5.2 Soins en établissements	20
5.3 Services de réadaptation et services intégrés pour les victimes	20
Section 6 Prévention	22
6.1 Rôles du secteur de la santé et des autres secteurs	22
6.2 Une approche de santé publique en quatre étapes	22
6.3 Stratégies de prévention	23
6.4 Indicateurs et suivi	27
6.5 Consulter les différents secteurs	27
Section 7 Renforcement des capacités	29
7.1 Développement des ressources humaines	29
7.2 Maintien de réseaux efficaces	29
Section 8 Sensibilisation	31
Section 9 Conclusions	33

Avant-propos

Les traumatismes et la violence constituent une menace pour la santé dans tous les pays du monde. Ensemble, ils représentent 9 % de la mortalité mondiale – soit plus de 5 millions de décès chaque année. Huit des 15 principales causes de décès de personnes âgées de 15 à 29 ans sont liées à des traumatismes. Il s'agit des accidents de la circulation routière, des suicides, des homicides, des noyades, des brûlures, des blessures de guerre, des intoxications et des chutes.

L'étendue des traumatismes non mortels varie d'un pays à l'autre. Pour chaque décès, cependant, on estime qu'il y a des douzaines d'hospitalisations, des centaines de consultations dans les services d'urgence et des milliers de consultations de médecins. Une forte proportion des personnes survivant à leurs blessures gardent des incapacités temporaires ou permanentes.

Face à cette calamité de santé publique, certains pays prennent de plus en plus conscience du problème des traumatismes et de la violence et élaborent des politiques et des programmes de prévention. Des progrès considérables sont ainsi accomplis. Les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux renforcent les systèmes de collecte des données, améliorent les services destinés aux victimes et aux survivants et accélèrent les efforts de prévention. Mais, pour beaucoup de pays, l'idée que la violence et les traumatismes peuvent faire l'objet d'une prévention systématique est encore très nouvelle. Bien que les principales causes de mortalité et de morbidité soient aussi anciennes que l'humanité, ce n'est que récemment que le secteur de la santé publique a commencé à considérer que la violence et les traumatismes étaient évitables.

L'approche de santé publique de la prévention de la violence et des traumatismes étant désormais mieux acceptée partout dans le monde, les personnes qui travaillent dans ce domaine aimeraient qu'on les guide dans leur travail. Un large éventail d'organisations gouvernementales et non gouvernementales participent à la prévention de la violence et des traumatismes.

Le présent document est cependant centré sur le principal organe gouvernemental chargé de l'action de santé publique, à savoir le ministère de la santé. Il est destiné à aider les ministères de la santé à comprendre précisément le rôle qu'ils peuvent jouer dans la prévention de la violence et des traumatismes aux niveaux national et local, et à établir des programmes efficaces et durables.

Ce document devra être utilisé par les ministères de la santé et leurs points focaux à la fois comme guide et comme ouvrage de référence. Il indique aux lecteurs les différentes phases de la mobilisation, du développement et de l'évaluation des efforts de prévention en soulignant toujours l'importance de la collaboration avec les autres secteurs. Les diverses tâches d'organisation, élaboration de politiques, collecte de données, sensibilisation et renforcement des capacités y sont décrites de manière détaillée. Tant les nouveaux services de prévention de la violence et des traumatismes que les services déjà établis devraient y trouver une source d'inspiration pour leurs programmes.

Partout dans le monde, les morgues sont remplies de victimes de la violence et des traumatismes et les lits d'hôpitaux et les salles d'attente des médecins de victimes survivantes. L'énorme fardeau des souffrances, du temps et des dépenses qu'ont à supporter nos sociétés à cause de ce problème pourrait être allégé. Si la prévention de la violence et des traumatismes n'est pas une tâche facile ni mineure, grâce à une collaboration efficace et à un effort systématique, l'un des plus anciens fléaux de l'humanité peut lui aussi être vaincu.



Dr Etienne Krug
Directeur
Département OMS Prévention des traumatismes et de la violence

Introduction

POURQUOI CE GUIDE ?

Les traumatismes – dus aux accidents de la circulation, aux noyades, aux intoxications, aux chutes ou aux brûlures – et la violence – due aux agressions, aux violences auto-infligées ou aux actes de guerre – tuent plus de 5 millions de personnes chaque année dans le monde et en blessent des millions d'autres. Dans certaines parties du monde, la communauté de la santé publique a reconnu depuis longtemps que les traumatismes constituaient un problème majeur de santé publique. Dans d'autres pays, les coûts médicaux, sociaux et économiques énormes que représentent la violence et les traumatismes commencent seulement à être pris en compte, et les efforts sérieux de prévention et de prise en charge des conséquences de ces traumatismes n'en sont qu'à leurs débuts.

Ces dernières années, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a considérablement développé ses activités dans le domaine de la prévention de la violence et des traumatismes. Au cours des quatre dernières années, l'Organisation a publié deux importants rapports, le *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation* et le *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et de l'Assemblée générale des Nations Unies ont approuvé les recommandations de ces rapports. Ces deux rapports et les résolutions en question invitent les gouvernements à accélérer considérablement les efforts nationaux de prévention des traumatismes et de la violence et à coordonner ces efforts à travers les ministères de la santé. En réponse à ces demandes et, dans certains cas, pour répondre également aux demandes officielles formulées par les Directeurs régionaux de l'OMS et certaines résolutions de ses comités régionaux, une bonne centaine de gouvernements ont déjà désigné des « points focaux » au ministère de la santé chargés de la prévention des traumatismes et de la violence.

En 2006, l'OMS a organisé la première réunion mondiale des points focaux des ministères de la santé pour la prévention de la violence et des traumatismes en marge de la Huitième Conférence mondiale sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité à Durban, en Afrique du Sud. Il est ressorti des débats de cette réunion qu'un document énonçant clairement le rôle du ministère de la santé dans la prévention et la gestion des traumatismes et de la violence faisait gravement défaut. Un tel document pourrait également aider tous ceux qui font campagne en faveur du développement des programmes nationaux ou locaux de prévention des traumatismes et de la violence.

COMMENT CE GUIDE A-T-IL ÉTÉ ÉLABORÉ ?

Ce guide a été rédigé par des membres du personnel de l'OMS et des experts extérieurs entre avril et octobre 2006. Son contenu repose sur les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et des comités régionaux de l'OMS, les directives de l'OMS et ses rapports mondiaux, ainsi que des articles ayant fait l'objet d'un examen collégial, et sur l'expérience d'experts et des points focaux des ministères de la santé. Il a fait l'objet d'un examen approfondi par les points focaux des ministères de la santé et des experts dans toutes les Régions de l'OMS.

A QUI CE GUIDE EST-IL DESTINÉ ?

Ce guide est destiné au personnel des ministères de la santé et aux décideurs. Il peut s'agir des points focaux spécifiquement chargés de la prévention de la violence et des traumatismes, mais aussi de personnel travaillant dans des disciplines apparentées – y compris l'épidémiologie, la santé de l'enfant et de l'adolescent, la santé de la femme, la santé des personnes âgées, la promotion de la santé, la santé mentale, les services de santé, la santé internationale, les technologies de l'information, la gestion des catastrophes et la médecine du travail. En outre, ce document devrait être utile à tous ceux qui sont chargés d'allouer des ressources aux ministères de la santé et à tous ceux qui travaillent dans le domaine de la prévention de la violence et des traumatismes et souhaitent soutenir leur ministère de la santé dans ses efforts.

Dans certaines parties du monde, la communauté de la santé publique a reconnu depuis longtemps que les traumatismes constituaient un problème majeur de santé publique. Dans d'autres pays, les coûts médicaux, sociaux et économiques énormes que représentent la violence et les traumatismes commencent seulement à être pris en compte, et les efforts sérieux de prévention et de prise en charge des conséquences de ces traumatismes n'en sont qu'à leurs débuts.

Section 1

Contexte

Les traumatismes et la violence représentent une menace majeure pour la santé dans tous les pays du monde, puisqu'ils sont responsables de plus de 5 millions de décès chaque année et représentent 9 % de la mortalité mondiale. Huit des 15 principales causes de décès de personnes âgées de 15 à 29 ans sont liées à la violence ou aux traumatismes. Il s'agit des accidents de la circulation, des traumatismes auto-infligés, de la violence entre personnes, des noyades, des brûlures, des blessures de guerre, des

intoxications et des chutes (voir Tableau 1). Pour chaque décès, on estime qu'il faut compter également des douzaines d'hospitalisations, des centaines de consultations dans les services d'urgence et des milliers de consultations de médecins. Beaucoup de ceux qui survivent à leurs blessures ou à la violence souffrent d'incapacités temporaires ou permanentes, ou d'autres séquelles comme la dépression ou des changements comportementaux liés au tabagisme, à l'alimentation et à la consommation d'alcool et de drogues. Si

TABEAU 1 : PRINCIPALES CAUSES DE DECES, DEUX SEXES, 2002

Rang	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans
1	Affections périnatales 2 461 976	Infections des voies respiratoires inférieures 278 291	VIH/sida 604 943	VIH/sida 1 326 345
2	Infections des voies respiratoires inférieures, 1 804 282	Accidents de la circulation 132 695	Accidents de la circulation 304 994	Tuberculose 379 755
3	Maladies diarrhéiques 1 681 060	VIH/sida 126 424	Affections maternelles 258 128	Accidents de la circulation 287 730
4	Maladies de l'enfant 1 033 321	Noyades 86 953	Traumatismes auto-infligés 251 446	Affections maternelles 233 640
5	Paludisme 821 718	Maladies de l'enfant 72 078	Tuberculose 241 246	Cardiopathie ischémique 232 746
6	Anomalies congénitales 425 431	Incendies 34 180	Violence interpersonnelle 216 648	Traumatismes auto-infligés 230 997
7	VIH/sida 340 219	Tuberculose 33 182	Infections des voies respiratoires inférieures 143 320	Violence interpersonnelle 166 661
8	Malnutrition protéino-énergétique 147 865	Malnutrition protéino-énergétique 31 630	Noyades 89 196	Maladies cérébrovasculaires 124 858
9	Syphilis 67 068	Méningite 31 165	Incendies 89 130	Infections des voies respiratoires inférieures 117 663
10	Méningite 64 495	Leucémie 21 146	Blessures de guerre 69 707	Cirrhose du foie 100 617
11	Noyades 57 973	Anomalies congénitales 21 099	Cardiopathie ischémique 54 125	Intoxications 81 678
12	Accidents de la circulation 50 139	Chutes 20 580	Intoxications 51 494	Incendies 64 494
13	Tuberculose 43 241	Intoxications 19 982	Chutes 37 874	Blessures de guerre 59 359
14	Troubles endocriniens 42 444	Violence interpersonnelle 18 340	Leucémie 37 208	Noyades 58 725
15	Incendies 39 669	Leishmaniose 18 260	Cardiopathie rhumatismale 36 985	Cancer du foie 55 519

Source : Injury: a leading cause of burden of disease, 2002. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).

les tendances actuelles se maintiennent, la charge mondiale des traumatismes et de la violence devrait augmenter au cours des prochaines décennies.

Bien qu'existant dans tous les pays, la violence et les traumatismes et leurs conséquences sont inégalement répartis de par le monde. Ils sont particulièrement présents dans les groupes à faible ou moyen revenu, dans lesquels les conditions de vie, de travail et de déplacement peu sûres augmentent considérablement le risque de traumatismes et de violence. Ces groupes ne font généralement pas l'objet d'efforts de prévention

et sont dépourvus d'accès à des services de traitement et de réadaptation de qualité. De plus, parce que la violence et les traumatismes touchent souvent des jeunes qui font vivre leur famille, les décès et les incapacités qui en résultent peuvent avoir des répercussions graves pour les familles.

Au niveau individuel, le traitement des traumatismes et de la violence suppose à la fois des soins médicaux immédiats et des services psychologiques, sociaux, de rééducation et de réadaptation à long terme. Au niveau de la communauté, les traumatismes et la violence ont

45-59 ans	≥60 ans	Tous âges
Cardiopathie ischémique 1 052 259	Cardiopathie ischémique 5 857 506	Cardiopathie ischémique 7 207 725
Maladies cérébrovasculaires 624 037	Maladies cérébrovasculaires 4 703 481	Maladies cérébrovasculaires 5 508 950
VIH/sida 481 459	Pneumopathies obstructives chroniques 2 401 255	Infections des voies respiratoires inférieures 3 943 386
Tuberculose 384 212	Infections des voies respiratoires inférieures 1 423 320	VIH/sida 2 919 373
Pneumopathies obstructives chroniques 310 061	Cancers de la trachée, des bronches et du poumon 931 173	Pneumopathies obstructives chroniques 2 748 490
Cancers de la trachée, des bronches et du poumon, 263 206	Diabète sucré 754 582	Affections périnatales 2 462 124
Cirrhose du foie 251 849	Cardiopathie hypertensive 739 357	Maladies diarrhéiques 1 869 446
Accidents de la circulation 222 249	Cancer de l'estomac 606 072	Tuberculose 1 566 003
Traumatismes auto-infligés 187 696	Tuberculose 484 367	Cancers de la trachée, des bronches et du poumon 1 243 199
Cancer de l'estomac 185 403	Cancer colorectal 478 747	Accidents de la circulation 1 191 796
Cancer du foie 179 770	Néphrite et néphrose 440 669	Maladies de l'enfant 1 120 831
Infections des voies respiratoires inférieures 176 511	Maladie d'Alzheimer et autres démences 384 147	Diabète sucré 987 816
Diabète sucré 176 443	Cirrhose du foie 367 539	Paludisme 911 574
Cancer du sein 148 096	Cancer du foie 366 887	Cardiopathie hypertensive 911 397
Cardiopathie hypertensive 130 200	Cancer de l'oesophage 318 464	Traumatismes auto-infligés 873 361

des répercussions médicales, sociales et financières plus larges, qui exigent une action coordonnée. La gestion de cet énorme fardeau exige des moyens importants dans le cadre des systèmes de santé. Le financement – y compris celui de l'absentéisme au travail ou à l'école et les coûts des systèmes sociaux et judiciaires – représente également un problème majeur pour les économies nationales.

Les traumatismes et la violence peuvent être étudiés, on peut recueillir des informations à leur sujet, en comprendre les causes et prendre les mesures qui s'imposent. La recherche a clairement montré que certaines interventions permettaient d'éviter les traumatismes et la violence. Parmi les interventions qui se sont avérées efficaces figurent :

- les ceintures de sécurité, les casques et l'application de taux maximums d'alcoolémie pour prévenir les accidents de la circulation routière ;
- les récipients qui ne peuvent être ouverts par un enfant pour éviter les intoxications ;
- la modification de l'aménagement intérieur des habitations pour prévenir les chutes chez les personnes âgées ;
- les clôtures placées autour des piscines pour réduire le risque de noyade ;
- le traitement de la dépression pour prévenir le suicide ;
- les programmes éducatifs à l'école pour prévenir la violence exercée par un partenaire intime ;
- les programmes de visites à domicile pour réduire la maltraitance des enfants.

Le *Rapport mondial sur la violence et la santé* et le *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation* ont été publiés par l'OMS en 2002 et 2004 respectivement, pour porter ces questions à l'attention des dirigeants mondiaux et recommander des mesures à prendre. Les rapports ont été approuvés par l'Assemblée mondiale de la Santé dans les résolutions WHA56.24 (Mise en oeuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé*) et WHA57.10 (Sécurité routière et santé). Ces rapports et résolutions faisaient suite à des résolutions antérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé appelant les ministères de la santé à prendre les mesures appropriées (voir Encadré 1).

Compte tenu de la complexité des causes de la violence et des traumatismes, leur prévention exige des interventions faisant appel à un large éventail de secteurs aux niveaux local, régional et national. Chaque secteur a un rôle déterminé à jouer et une contribution particulière à

apporter. Le secteur de la santé – soins de santé et santé publique – doit toutefois jouer un rôle central dans ces efforts, non seulement en dispensant des soins et un soutien aux victimes,¹ mais également en appliquant des modèles de santé publique adaptés au problème de la violence et des traumatismes (voir Encadré 2). De nombreux ministères de la santé ne réalisent pas encore pleinement à quel point leur rôle est vital dans ces domaines et, de ce fait, ne contribuent pas encore suffisamment aux efforts de prévention des traumatismes. Les ministères de la santé en sont à différents stades de l'élaboration de leurs infrastructures de prévention de la violence et des traumatismes, mais tous devront à un moment ou à un autre aborder les points suivants :

- élaboration de politiques ;
- collecte de données ;
- services destinés aux victimes ;
- prévention ;
- renforcement des capacités ;
- sensibilisation.

Ce sont ces domaines qui sont décrits de manière plus détaillée dans le guide.

ENCADRE 1

RESOLUTIONS DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE PORTANT SUR LA PREVENTION DES TRAUMATISMES

2004 – Sécurité routière et santé, WHA57.10

2003 – Mise en oeuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé*, WHA56.24

1998 – Action concertée de santé publique contre les mines antipersonnel, WHA51.8

1997 – Prévention de la violence, WHA50.19

1996 – Prévention de la violence : une priorité de santé publique, WHA49.25

1974 – Prévention des accidents de la circulation routière, WHA27.59

1966 – Prévention des accidents de la circulation, WHA19.3

Le texte intégral de ces résolutions peut être consulté sur le site : www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en.

1 L'utilisation du terme « victime » pour décrire une personne qui a souffert de la violence ou de traumatismes et de leurs conséquences (ou de toute issue négative pour la santé) fait encore l'objet d'un débat. Il s'agit de savoir si le terme de « victime » est incapacitant. L'utilisation du terme « victime » dans le présent document a pour but de refléter tout l'éventail des effets de la « victimisation », depuis les effets modérés à court terme au décès, en passant par les incapacités graves et chroniques. Il ne faut y voir aucune implication au sujet de questions telles que la résilience des individus.

ENCADRE 2

POURQUOI LES MINISTÈRES DE LA SANTÉ DEVRAIENT-ILS JOUER UN RÔLE DIRECTEUR DANS LA PRÉVENTION DE LA VIOLENCE ET DES TRAUMATISMES ?

- **Devoir.** Le mandat du secteur de la santé comprend la prévention des principales causes de morbidité et de mortalité et l'action contre celles-ci. La violence et les traumatismes représentent 9 % de la mortalité mondiale et 16 % de l'incapacité mondiale.
- **Intérêt économique.** Le secteur de la santé absorbe une part importante des coûts directs découlant de la violence et des traumatismes. Au niveau mondial, ceux-ci représentent une forte proportion des dépenses de santé – comprenant les consultations d'urgence, les actes chirurgicaux et les soins psychologiques.
- **Spécificité de l'approche.** La santé publique propose une approche scientifique unique orientée sur la prévention du problème de la violence et des traumatismes – ce que ne proposent pas les autres secteurs agissant dans ce domaine.
- **Spécificité de la position.** Le ministère de la santé est dans une position privilégiée pour recueillir les données, analyser les facteurs de risque, prodiguer des soins d'urgence et à long terme, coordonner des efforts de prévention multisectoriels dans toute une série de secteurs et faire campagne en faveur d'un changement politique et législatif. Dans de nombreux pays, si le ministère de la santé ne mène pas ces activités dans le domaine de la prévention de la violence et des traumatismes, personne d'autre ne le fera.



©J.Rungulis/WHO

Section 2

Organisation du ministère de la santé

2.1 POINTS FOCaux

La première étape dans la mise en place d'une unité de prévention de la violence et des traumatismes consiste à désigner un point focal au ministère de la santé. Le rôle de celui-ci consiste à coordonner les efforts de prévention et de gestion au sein du ministère ainsi qu'entre le ministère et d'autres institutions, aussi bien nationales qu'internationales, et à faire en sorte que ces efforts soient suivis d'effets. L'idéal est que les points focaux soient secondés par une unité dotée de plusieurs fonctionnaires, car la tâche du point focal exige qu'il puisse solliciter le concours de personnes possédant des compétences complémentaires. Les points focaux doivent bien connaître la santé publique en général et la question des traumatismes et de la violence en particulier. Comme ils seront peut-être appelés à suivre une formation plus poussée, ils pourront se tourner vers les écoles de santé publique proposant des cours sur la prévention de la violence et des traumatismes. Ils auront tout intérêt à entretenir des contacts étroits avec leurs homologues des ministères de la santé d'autres pays de leur Région ou hors de leur Région.

COMPETENCES ESSENTIELLES ET MANDAT DES POINTS FOCaux CHARGES DE LA VIOLENCE ET DES TRAUMATISMES AU MINISTERE DE LA SANTE

Les compétences essentielles des points focaux du ministère de la santé supposent qu'ils soient en mesure :

- d'obtenir des résultats ;
- de s'adapter à un environnement en mutation ;
- d'encourager l'intégration et le travail d'équipe ;
- de garantir une utilisation efficace des ressources ;
- de promouvoir des partenariats multisectoriels ;
- de mener à bon terme des programmes de prévention des traumatismes ;
- d'encourager l'innovation ;
- de respecter les différences personnelles et culturelles ;
- de montrer l'exemple.

Les points focaux du ministère de la santé ont un rôle à jouer tant au niveau national qu'international. Ces rôles sont décrits ci-après.

Rôle national :

- recenser les personnalités influentes dans le domaine de la prévention des traumatismes et de la violence aussi bien au niveau national que local, et faciliter leur participation ;
- promouvoir la prévention de la violence et des traumatismes au sein du ministère et auprès de partenaires extérieurs ;
- faire en sorte que la prévention de la violence et des traumatismes devienne partie intégrante des plans et stratégies nationaux et locaux de santé publique ;
- superviser la production et la diffusion des documents pertinents, rapports nationaux compris ;

- diriger l'élaboration d'un plan d'action national ;
- coordonner les efforts nationaux de collecte et de diffusion des données et autres informations pertinentes ;
- promouvoir la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes de prévention qui ont fait leurs preuves ;
- passer en revue la fourniture des services de santé et suggérer des améliorations afin d'apporter un appui optimal aux victimes.

Rôle international :

- promouvoir la mise en oeuvre des politiques et stratégies régionales et internationales pertinentes et aider à en suivre les progrès ;
- faire office de point de contact national pour les programmes pertinents de l'OMS ;
- coordonner la diffusion des informations internationales ;
- coordonner la réponse nationale aux enquêtes internationales ;
- faire partager les enseignements acquis lors de la conception, de la mise en oeuvre, du suivi et de l'évaluation des programmes et activités nationaux ;
- encourager la participation active du pays à l'action mondiale en matière de prévention de la violence et des traumatismes – par exemple en accueillant des réunions ou en soutenant des résolutions.

2.2 SITUATION AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Les activités de prévention de la violence et des traumatismes peuvent être situées à différents niveaux au sein du ministère. Le plus souvent, l'unité fait partie d'un programme plus large de lutte contre les maladies non transmissibles. Dans d'autres ministères, elle est regroupée avec la promotion de la santé, la santé mentale ou l'épidémiologie. Quelle que soit la place de l'unité, le ministère doit avant tout reconnaître la spécificité et les besoins particuliers des programmes de prévention de la violence et des traumatismes. Une fois qu'il aura trouvé sa place au ministère, le programme de prévention de la violence et des traumatismes devra coordonner ses efforts avec tous les autres services et départements compétents. Ces services et ces départements comprennent la promotion de la santé, la santé de l'enfant et de l'adolescent, la santé de la femme, la santé mentale, la santé à l'école, le vieillissement, la salubrité de l'environnement, la surveillance des maladies, l'épidémiologie et les services cliniques.

Le débat se poursuit quant à savoir s'il est judicieux de regrouper la prévention de la violence et des traumatismes au sein d'une même unité. D'une part, il y a des avantages évidents à regrouper ces activités : par exemple, la collecte des données auprès des services d'urgence est plus rentable lorsqu'elle concerne à la fois la surveillance des traumatismes volontaires et involontaires. Le traitement de la violence et des traumatismes est souvent dévolu aux mêmes services. De plus, la violence et les traumatismes présentent des facteurs de risque communs, tels que la consommation d'alcool, qui sont plus efficacement traités s'ils font l'objet d'efforts conjoints.

Certaines questions, en revanche, exigent des mesures spécifiques, qu'il s'agisse des traumatismes ou de la violence. Par exemple, la prévention des accidents de la circulation exige la participation de secteurs qui ne sont pas les mêmes que la maltraitance des enfants. Dans de nombreux pays, les deux responsabilités sont souvent assumées par la même personne mais, dans d'autres, deux points focaux sont désignés – l'un chargé de la prévention de la violence, l'autre de la prévention des traumatismes. Chaque ministère de la santé doit donc décider, en fonction de la situation du pays, s'il souhaite combiner les deux choses au sein d'un seul service ou les maintenir dans des services distincts. Même si l'on crée des services distincts, il faudra établir des liens solides entre les services s'occupant de la violence et ceux qui s'occupent des traumatismes.

2.3 INSCRIPTION DANS LES POLITIQUES ET PLANS DE SANTÉ NATIONAUX

La violence et les traumatismes étant des causes majeures de morbidité et de mortalité, leur prévention devrait figurer dans tous les plans nationaux de santé et de développement. Les documents énonçant la politique du ministère de la santé devraient systématiquement comporter des stratégies et des objectifs en matière de prévention des traumatismes et de la violence.

2.4 FINANCEMENT

L'unité chargée de la prévention des traumatismes et de la violence devrait bénéficier d'un budget pour ces activités, dont le montant devrait correspondre à l'ampleur et à la priorité des activités prévues. Celui-ci devrait être compris dans le budget ordinaire du ministère de la santé et les allocations budgétaires devraient tenir compte de l'ampleur du problème et des possibilités de prévention. Dans les pays qui bénéficient d'une aide internationale au développement, les demandes d'assistance financière pourraient également comprendre une aide pour les activités de prévention des traumatismes. Les organismes d'aide au développement de pays tels que l'Australie, la Belgique, le Canada, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède ont par le passé soutenu diverses activités de ce type. Les organismes des Nations Unies (notamment le Programme des Nations Unies pour le Développement, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, le Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme et l'OMS), la Banque mondiale et d'autres banques internationales de développement, et certaines fondations (telles que l'Open Society Institute et la FIA Foundation for the Automobile and Society) soutiennent également les activités de prévention de la violence et des traumatismes.

ENCADRE 3

CRÉATION D'UN PROGRAMME NATIONAL DE PRÉVENTION DE LA VIOLENCE ET DES TRAUMATISMES EN MALAISIE

En août 2003, le Ministre adjoint malaisien de la Santé a annoncé quelle serait la réponse apportée par la Malaisie à la campagne mondiale pour la prévention de la violence en application de la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la mise en œuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé*. En même temps, le Ministère de la Santé a élargi le programme national existant de prévention des traumatismes pour y inclure la prévention de la violence. L'unité de prévention de la violence et des traumatismes ainsi créée – située au sein de la Division de Lutte contre la Maladie du Département de la Santé publique – collabore étroitement avec les autres secteurs afin de réduire l'incidence de la violence et des traumatismes et d'améliorer les services destinés aux victimes.

ENCADRE 4 : CREATION D'UN PROGRAMME NATIONAL DE PREVENTION DE LA VIOLENCE ET DES TRAUMATISMES DANS L'EX-REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE

En juin 2005, à l'issue des discussions sur les orientations qui avaient eu lieu au cours du lancement national du *Rapport mondial sur la violence et la santé* en 2003, l'Ex-République yougoslave de Macédoine a annoncé la création d'une commission nationale pour la prévention de la violence. Celle-ci devait être dirigée par le Ministère de la Santé et le Département de la Lutte contre les Traumatismes et la Violence. La commission – chargée de prévenir la violence et de protéger la population des effets de la violence – était composée de représentants des Ministères de la Santé, de l'Intérieur, de la Justice, de l'Education et des Sciences, du Travail et de la Politique sociale ainsi que de la télévision nationale macédonienne et de plusieurs organisations non gouvernementales. Ces activités s'appuient sur un certain nombre de projets nationaux et locaux de prévention de la violence.



Section 3

Politiques et planification

Les documents énonçant des politiques, tels que les stratégies et plans d'action nationaux, sont importants pour garantir la bonne planification, la coordination et la mise en oeuvre des activités. Il y a à cet égard plusieurs points à prendre en considération.

- Tout plan national de santé publique devrait comporter une section sur la prévention des traumatismes et de la violence.
- Tous les ministères de la santé devraient élaborer un plan national d'action en matière de prévention de la violence et des traumatismes. Ce document devrait définir clairement les activités prévues par le ministère et les résultats escomptés et fournir des indications plus détaillées qu'un plan général de santé publique ne peut en comporter.
- Chaque fois que possible, un plan d'action supplémentaire destiné à orienter la collaboration entre secteurs est également souhaitable. Un tel plan devrait être élaboré par les représentants des secteurs concernés – santé, transports, justice et éducation, par exemple – et définir les activités et résultats escomptés pour chacun, facilitant ainsi la collaboration entre les divers ministères.

3.1 ELABORATION D'UN PLAN D'ACTION DU SECTEUR DE LA SANTE

Le ministère de la santé devrait jouer un rôle directeur dans l'élaboration d'un plan d'action du secteur de la santé. L'expérience a montré que le processus d'élaboration d'un document énonçant une politique nationale ou locale est aussi important que le document lui-même. Devraient être associés au processus des représentants des pouvoirs publics, des organisations non gouvernementales, des universités et de tous les autres secteurs compétents. Il peut être utile de commencer par faire le point des activités en cours en matière de prévention, des lacunes éventuelles, des données disponibles et des principaux groupes ou particuliers impliqués dans la prévention. Certains pays comme la Belgique, le Costa Rica, le Népal et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ont choisi de récapituler ces conclusions dans un rapport national. Un tel document peut constituer une base utile pour la définition de la politique nationale et permettre également d'accroître la sensibilisation.

L'élaboration d'un plan national d'action suppose des discussions au sujet des définitions, des objectifs et des indicateurs. Tous les sujets pertinents devraient être couverts – collecte des données, services destinés aux victimes, prévention, renforcement des capacités et sensibilisation. Dans certains pays, on veillera particulièrement à faire en sorte que les efforts de prévention ciblés – par exemple concernant la maltraitance des enfants, la violence à l'égard des femmes, les accidents de la circulation et le suicide – soient pris en compte dans le programme d'action plus large concernant la prévention de la violence et des traumatismes. Tous les plans d'action devraient prendre en compte les besoins différents des femmes, des hommes et des enfants. On trouvera de plus amples informations sur l'élaboration d'une politique dans la publication de l'OMS intitulée *Developing policies to prevent injuries and violence: a guideline for policy-makers and planners*.

3.2 PLANS D'ACTION MULTISECTORIELS

L'idéal serait que les pays élaborent également un plan d'action pour orienter l'action intersectorielle entre le secteur de la santé et les secteurs suivants : transports, justice, éducation, travail, finances, police et protection sociale, qui tous ont un rôle à jouer dans la prévention des traumatismes et de la violence. La coordination des efforts de ces différents secteurs n'est pas une tâche simple, en particulier dans les pays où les projets multisectoriels sont rares. Toutefois, c'est une chose que le ministère de la santé peut grandement faciliter en soutenant l'élaboration conjointe d'un plan d'action qui officialise le rôle des divers organismes en matière de prévention de la violence et des traumatismes.

La nécessité d'une telle action multisectorielle est reconnue depuis longtemps dans d'autres domaines de la santé publique. En matière de prévention du paludisme, par exemple, le ministère de la santé doit collaborer avec le ministère des travaux publics pour drainer les zones marécageuses. Il n'y a pas qu'une seule façon de s'y prendre et la question de savoir avec qui collaborer et comment dépendra du projet particulier que l'on a en vue. Les efforts de collaboration peuvent par exemple être renforcés par l'envoi au préalable de rapports établis par l'unité de prévention de la violence et des traumatismes du ministère de la santé aux autres ministères compétents ; et par l'organisation d'une formation interne au sein des autres ministères pour informer et sensibiliser les fonctionnaires aux questions sur lesquelles une collaboration est envisagée. Les points focaux et les unités de prévention de la violence et des traumatismes devraient établir une liste des questions qui pourraient utilement bénéficier d'un soutien plus large et rechercher systématiquement une collaboration sur ces points avec d'autres secteurs.

3.3 PROMOUVOIR LA LEGISLATION

Afin de prévenir efficacement la violence et les traumatismes, il faut non seulement des plans d'action, mais aussi des lois. Grâce à son expertise, aux données qu'il possède et à son rôle dans le traitement des victimes, le ministère de la santé est bien placé pour soutenir l'élaboration d'une législation et en encourager l'application. Ce rôle est décrit de façon plus détaillée dans la section 8.

ENCADRE 5

LE SUCCES DU MINISTERE BRESILIEN DE LA SANTE DANS LA PROMOTION D'UNE LEGISLATION AMELIOREE EN MATIERE DE SECURITE ROUTIERE

Au Brésil, le Ministère de la Santé a enregistré une augmentation spectaculaire de la mortalité due aux accidents de la circulation entre 1991 et 1997. Au vu de ces données, les législateurs ont adopté en 1998 un nouveau code de la route destiné à renforcer les sanctions en cas d'infraction et à transférer des responsabilités administratives aux autorités locales. Entre 1998 et 2001, les taux de mortalité par accidents de la circulation routière ont nettement baissé. Une analyse ultérieure a permis de constater que le nouveau code avait permis de sauver 5000 vies au niveau national au cours de cette période. En 2001, une politique nationale sur la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux accidents et à la violence a été approuvée, permettant au Ministère de la Santé de renforcer ses efforts de prévention de la violence et des accidents sur la base du nouveau code de la route brésilien.

Ressources essentielles : politique et planification

Developing policies to prevent injuries and violence: a guideline for policy-makers and planners. Genève, OMS, 2005. http://www.who.int/violence_injury_prevention/policy/project/en/index.html

On trouvera des exemples de plus de 200 plans d'action existants à l'adresse : http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf.

Section 4

Collecte des données

4.1 POURQUOI RECUEILLIR DES DONNEES ?

Il est indispensable de bien connaître l'ampleur des traumatismes et de la violence dans un pays pour pouvoir élaborer des politiques et des stratégies efficaces. Une fois ces connaissances acquises, les décideurs sont en mesure de faire des choix informés au sujet des priorités du pays compte tenu des besoins en ressources dans d'autres domaines également. Pour de nombreux pays, il est indispensable d'évaluer l'ampleur des traumatismes et de la violence pour pouvoir mobiliser la volonté politique, le soutien et les fonds publics nécessaires pour mettre en place des programmes. Des données exactes sont également indispensables pour évaluer le succès et la rentabilité des stratégies de prévention. La collecte des données pouvant être une opération coûteuse, il est important que les données recueillies soient activement mises en commun et utilisées pour promouvoir les efforts de prévention, et non tenues confidentielles ou recueillies dans le simple but d'amasser des statistiques.

4.2 SOURCES DE DONNEES

On peut obtenir des données relatives à la violence et aux traumatismes auprès d'un large éventail de sources gouvernementales et non gouvernementales (voir Encadré 6). La plupart des pays disposent de certaines données telles que les registres d'état civil pour les informations relatives aux décès. Bien que ces données ne soient pas toujours particulièrement détaillées et sous-estiment souvent l'étendue et l'impact des traumatismes et de la violence, elles constituent un bon point de départ car elles indiquent les principales causes de mortalité au niveau national. Des recherches plus approfondies sont souvent nécessaires pour déterminer si les données existantes traduisent exactement l'ampleur du problème.

Certains pays peuvent également posséder des données sur les facteurs de risque prédisposant certaines personnes ou certains groupes à être victimes de la violence ou de traumatismes, ou à perpétrer des actes de violence. Les services publics, y compris les transports, l'éducation, la protection sociale, le travail, la justice et la police – de même que les organismes nationaux de la statistique – représentent tous des sources potentielles de données. Chaque système de données ayant ses faiblesses, il est plus judicieux de compiler et de coordonner les données issues de plusieurs systèmes.



ENCADRE 6

SOURCES POTENTIELLES DE DONNEES SUR LES TRAUMATISMES MORTELS ET GRAVES

Les principales sources potentielles de données sur les traumatismes mortels et graves sont les suivantes :

- rapports d'autopsie ou de pathologie ;
- rapports de police ;
- dossiers des services d'urgence ;
- dossiers des malades hospitalisés ;
- registres des traumatismes ;
- dossiers des services ambulanciers ;
- enquêtes en communauté ou dans les ménages ;
- rapports du département des transports ;
- dossiers des compagnies d'assurance automobile ;
- dossiers d'indemnisation pour accident du travail ou industriel ;
- centres de réadaptation ;
- caisses d'assurances nationales.

4.3 RÔLE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ DANS LA COLLECTE DES DONNÉES

En raison de son accès privilégié aux victimes des traumatismes et de la violence, le ministère de la santé joue un rôle central dans la collecte des données. Sans les données sanitaires du ministère, les statistiques nationales sur la violence et les traumatismes risquent d'être largement sous-estimées. L'idéal serait que le ministère de la santé et les organismes partenaires recueillent les informations suivantes, de préférence en permettant une ventilation des données par âge, sexe et cause du traumatisme :

- décès dus aux traumatismes et à la violence ;
- traumatismes non mortels ;
- incapacités résultant de toutes les formes de traumatismes et de violence ;
- conséquences défavorables sur la santé autres que traumatismes, résultant de la violence et des traumatismes ;
- répartition géographique, contexte et circonstances des incidents ;
- impact économique des traumatismes et de la violence, y compris les coûts pour le système de santé.

Les systèmes de registre d'état civil enregistrant tous les décès peuvent être un point de départ excellent. Le ministère et les organismes partenaires devraient promouvoir l'échange des données entre les différents secteurs et rendre publiques leurs conclusions de façon à faire progresser les efforts de prévention.

Outre les données sur les traumatismes et la violence, le ministère de la santé devrait également recueillir des informations sur les types et la répartition des services disponibles, et le nombre de patients pris en charge par ces services. Les ministères pourront alors utiliser ces données pour évaluer les besoins et les lacunes des services. Parfois, le ministère peut recueillir lui-même les données. Dans d'autres cas, il peut déléguer l'activité en rassemblant des chercheurs et en soutenant leurs travaux.

4.4 MISE EN PLACE DE SYSTÈMES D'INFORMATION SUR LES TRAUMATISMES

Les pays dépourvus de systèmes spécifiques de surveillance des traumatismes peuvent toujours utiliser les sources de données déjà mentionnées pour étudier l'ampleur et la nature des traumatismes et suivre les tendances de ceux-ci dans le temps. Mais, moyennant un petit effort supplémentaire et sans pratiquement aucun coût supplémentaire, certaines de ces sources de données peuvent servir de base à l'établissement d'un système permanent de surveillance des traumatismes. Les principales sources intéressantes sont les données provenant des certificats de décès, les dossiers des malades hospitalisés et les dossiers des services d'urgence. Avec l'appui des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique, l'OMS a mis au point des *Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes*, que l'on peut consulter en ligne et qui indiquent la marche à suivre pour mettre en place un système de surveillance. Lorsque l'on utilise les données hospitalières, l'expérience de nombreux pays a montré que la meilleure façon de procéder est d'abord d'effectuer un essai pilote du système dans un grand hôpital, puis d'apporter des changements au formulaire de collecte des données et d'élargir le système à d'autres hôpitaux. De nombreux ministères de la santé dans le monde ont utilisé ces lignes directrices pour mettre sur pied des systèmes d'information sur les traumatismes. Au Paraguay, par exemple, le système d'information porte à la fois sur les établissements privés et les établissements de santé publique. L'Afrique du Sud a mis en place un système de surveillance des traumatismes mortels (voir Encadré 7), et l'Oman s'est doté d'un système de surveillance des traumatismes comprenant non seulement des données provenant des établissements de santé, mais également des compagnies d'assurance et de la police.

Les sources de données existantes sous-estiment souvent l'étendue des traumatismes pour diverses raisons, notamment parce que de nombreux traumatismes ne sont pas signalés à la police. Dans certains pays, 10 à 20 % seulement des décès, toutes catégories confondues, sont officiellement enregistrés auprès des autorités et de nombreux traumatismes, même graves, ne font pas l'objet d'un traitement médical dans un établissement. Les données hospitalières, qu'il s'agisse des malades hospitalisés ou des services d'urgence, excluront également les personnes qui ne se font pas soigner. C'est le cas des nombreuses victimes de la maltraitance des enfants, de la violence sexuelle et exercée par un partenaire intime et de la maltraitance des personnes âgées. L'organisation d'enquêtes dans les ménages occasionnelles est donc recommandée. Pour effectuer ces enquêtes, les ministères de la santé peuvent s'inspirer des lignes directrices publiées par l'OMS dans *Conducting community-based injury and violence surveys*. Ils peuvent également insérer des questions sur les traumatismes dans une enquête nationale démographique et sanitaire (voir Encadré 8), afin de compléter les données hospitalières et autres données existantes.

Des enquêtes spécialisées peuvent être utiles pour mieux comprendre des formes particulières de violence – telles que la maltraitance des enfants, la violence sexuelle et exercée par un partenaire intime et la maltraitance des personnes âgées. Plusieurs pays – Cambodge, Colombie, Haïti, Pérou, République dominicaine et Zambie, notamment – ont inclus un module sur la violence contre les femmes dans leurs enquêtes nationales de santé. Les documents tels que *Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists* et le *Guide pour la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données* peuvent s'avérer utiles à cet égard.

Les données devraient toujours être notifiées par âge et par sexe pour que l'on puisse se faire une idée plus complète du problème. Les données peuvent également être enregistrées par sous-catégories connues pour être exposées à un risque accru – par exemple les peuples autochtones, les populations à faible statut socio-économique ou les personnes handicapées. La liste des groupes vulnérables varie selon les pays. Le ministère de la santé trouvera également des données sur les coûts sociaux et médicaux des traumatismes pour une action de sensibilisation. De nombreux pays à revenu élevé ont déjà effectué de telles analyses (voir Encadré 9). Quelle que soit la méthode utilisée pour recueillir des données, la *Classification internationale des causes extérieures de traumatismes* est un outil utile pour élaborer le questionnaire lui-même et, après cela, pour classer les données.

4.5 COMPLETER LES INFORMATIONS DISPONIBLES PAR LA RECHERCHE

Dans la plupart des pays, on manque d'informations sur les facteurs de risque, les déterminants comportementaux, les degrés de sensibilisation et de perception des risques et la volonté de modifier les comportements. La surveillance et les enquêtes ne suffisent pas forcément à fournir toutes les informations requises sur les facteurs de risque, ni à tester les bonnes pratiques ou les interventions. Ces systèmes doivent donc être complétés par des travaux de recherche rigoureux. Même si le ministère de la santé ne réalise généralement pas ces études lui-même, il devrait soutenir les recherches menées en collaborant avec des instituts de recherche respectés tels que les écoles de santé publique ou les universités.

4.6 COMPILATION ET DIFFUSION DES DONNEES

Dans certains ministères, le manque de ressources restreint considérablement les possibilités de collecte des données. Néanmoins, il devrait être au moins possible de recueillir et de compiler les données existantes en provenance d'autres ministères et d'autres sources. Le plus souvent, les données existent, mais ne sont souvent ni analysées ni utilisées. Ces données – en particulier sur les principales causes de décès, les consultations des services d'urgence et les coûts économiques – peuvent être compilées à peu de frais et transformées en matériel très utile pour démontrer la nécessité des efforts de prévention.

ENCADRE 7

LE SYSTEME DE SURVEILLANCE DES TRAUMATISMES MORTELS EN AFRIQUE DU SUD

En Afrique du Sud, le Ministère de la Santé a chargé le Conseil de la Recherche médicale de mettre sur pied un système national de surveillance de la mortalité par traumatismes. Des informations sont recueillies sur tous les décès dus à des causes non naturelles qui font l'objet d'une autopsie dans 35 centres médico-légaux de sept provinces. Les données de ce système sont reliées à une base de données toxicologiques nationale. Les informations obtenues – analysées et présentées dans un profil annuel des traumatismes mortels en Afrique du Sud – guident les efforts de prévention et l'élaboration des politiques.

Pour de plus amples informations, consulter : www.sahealthinfo.org/violence/nimss.htm.

ENCADRE 8

DEVELOPPEMENT DES MECANISMES EXISTANTS DE COLLECTE DES DONNEES AU MOZAMBIQUE

En 2003, le Ministère de la Santé du Mozambique a demandé qu'un module sur les traumatismes soit inclus dans l'enquête démographique et sanitaire. Treize questions formulées par le Ministère concernant les traumatismes et la violence y ont été inscrites. Un total de 12 315 ménages ont été interrogés dans tout le pays, zones urbaines et rurales confondues. Près de 3 % des ménages ont indiqué qu'un de leurs membres avait subi un traumatisme au cours des 30 jours précédant l'enquête. D'après celle-ci, les taux d'issues fatales et non fatales des traumatismes ont été calculés à des fins de prévention et de sensibilisation. Les données pourront également être comparées avec les taux obtenus lors d'enquêtes ultérieures afin d'évaluer l'impact des efforts en cours.

ENCADRE 9

LE MODELE NEERLANDAIS DE LA « CHARGE DES TRAUMATISMES »

Aux Pays-Bas, le Ministère de la Santé a supervisé l'élaboration du modèle de la « charge des traumatismes », sur la base du système néerlandais de surveillance des traumatismes, qui enregistre les traumatismes signalés par des services d'urgence représentatifs. Le modèle mesure la consommation de soins de santé, l'absentéisme et les coûts médicaux directs et indirects, ainsi que les changements dans la qualité de vie de tous les patients souffrant de traumatismes traités dans un service d'urgence, depuis le moment du traumatisme jusqu'à la guérison ou au décès. Les informations seront recueillies à partir de registres types et d'une enquête sur le suivi des patients et sont organisées par groupes de patients. Ces groupes ont en commun des caractéristiques telles que l'âge, le sexe et la gravité du traumatisme, ce qui permet de prédire la consommation de soins de santé, l'absentéisme et la qualité de vie. Le Ministère de la Santé utilise ces informations précieuses pour fixer les priorités en matière de prévention des traumatismes.

Ressources essentielles : collecte des données

Ellsberg M., Heise L. *Researching violence against women: a practical guide for researchers and advocates*. Genève, OMS, 2005. <<http://www.who.int/gender/documents/en/>>

Holder Y et al., eds. *Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes*. Genève, OMS (sous presse). <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_VIP_01.02.pdf>

Conducting community-based injury and violence surveys. Genève, OMS, 2004. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546484.pdf>>

OMS-ISPCAN. *Guide pour la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données*. Genève, OMS (sous presse). <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf>

ICECI Coordination and Maintenance Group. *International Classification of External Causes of Injuries (ICECI)*. Consumer Safety Institute, Amsterdam; and AIHW National Injury Surveillance Unit, Adelaide, 2004. <<http://www.iceci.org>>

Section 5

Services

Il faut souvent dispenser un traitement et des soins prolongés aux personnes qui survivent à leurs blessures ou à la violence pour prévenir le décès ou les incapacités et leur permettre de guérir et de suivre une réadaptation.

Dans la plupart des pays, le ministère de la santé est chargé de la planification et de la fourniture de ces services. Pour améliorer les résultats obtenus, il convient de s'intéresser à toute la gamme des soins dispensés – des soins préhospitaliers aux soins en établissements (dispensaires et hôpitaux, soins d'urgence et soins au long cours), en passant par la réadaptation, la réinsertion sociale et la récupération. Ces services ne sont pas encore universellement disponibles et les ministères de la santé doivent s'efforcer avant tout d'améliorer l'accès à ceux-ci.

5.1 SOINS PREHOSPITALIERS

Les conséquences des traumatismes et actes de violence graves – décès, incapacités et morbidité à long terme – peuvent souvent être évitées par une intervention rapide et efficace au niveau des soins de traumatologie préhospitaliers. Les soins préhospitaliers couvrent les services dispensés sur le lieu où est survenu le traumatisme et le transport des victimes vers un établissement de santé. Ils comprennent à la fois les services ambulanciers d'urgence – auxquels a accès moins de la moitié de la population mondiale – et les systèmes informels. Dans le cadre des systèmes informels, les blessés ou les malades sont transportés vers les lieux de soins par des passants, des proches, des chauffeurs ou autres, parfois en bénéficiant des premiers secours. Les ministères de la santé devraient aider les différents secteurs, ainsi que les communautés locales, à renforcer les systèmes de soins préhospitaliers pour faire en sorte qu'ils soient bien intégrés au reste de l'infrastructure de soins de santé et de santé publique.

Tous les services médicaux d'urgence officiels, tant du secteur public que du secteur privé, devraient comporter les éléments suivants :

- normes minimums de formation et de certification du personnel ;
- normes minimums pour l'équipement et les fournitures ;
- méthodes permettant de garantir et de promouvoir ces normes minimums ;
- nombre suffisant de services d'ambulance et d'ambulances en fonction ;
- administration appropriée – y compris un suivi pour l'amélioration de la qualité et une supervision médicale du personnel non médical ;
- coordination des divers services ambulanciers fonctionnant dans une zone déterminée ;
- coordination des services médicaux d'urgence avec les autres systèmes d'urgence, y compris les pompiers et la police ;
- collecte de données aux fins de la surveillance des traumatismes.

Dans les régions dépourvues de services médicaux d'urgence officiels, les ministères de la santé peuvent soit développer les systèmes informels existants, soit créer un nouveau service, selon le cas. Les programmes pilotes mis en place dans plusieurs pays ont montré les avantages potentiels qu'il y avait à renforcer les systèmes informels existants. Cela a été le cas avec la formation aux premiers secours des chauffeurs routiers ou chauffeurs de bus au Ghana, dans les régions où ce sont eux qui conduisent les victimes à l'hôpital ; et la formation et l'équipement des agents de santé de village au Cambodge, en les intégrant aux réseaux de soins préhospitaliers. Parce que les services médicaux d'urgence établis peuvent être coûteux, les facteurs de coût et de pérennisation doivent être attentivement pris en compte avant la mise en place de nouveaux systèmes. Les services médicaux d'urgence établis devraient toujours être évalués et surveillés. L'évaluation et le suivi devraient également comprendre un réseau de premiers intervenants autres que les ambulances, tels que les services de police et du feu, et même des particuliers. Le document *Prehospital trauma care systems* fournit à cet égard des indications aux ministères de la santé.

5.2 SOINS EN ETABLISSEMENTS

L'amélioration de l'organisation et de la planification des soins de traumatologie peut permettre de mettre en place un niveau minimum raisonnable de soins aux victimes de traumatismes ou de la violence et de réduire le nombre de décès dus à des causes médicalement évitables. Pour améliorer l'organisation et la planification, les ministères de la santé devraient se concentrer sur les éléments suivants :

- **Adopter un ensemble minimum de services de soins de traumatologie essentiels.** Un ensemble minimum de services de soins de traumatologie essentiels doit être défini et garanti pour toutes les victimes traitées dans des établissements relevant du ministère de la santé. Ces services essentiels, et les ressources nécessaires pour faire en sorte qu'ils fonctionnent convenablement, sont décrits dans la publication de l'OMS *Guidelines for essential trauma care*.
- **Formation.** Les compétences relatives aux soins essentiels de traumatologie devraient figurer parmi les compétences minimums dans les programmes d'étude des écoles de médecine, de soins infirmiers et d'autres disciplines sanitaires. Une formation continue aux soins de traumatologie devrait être encouragée et rendue obligatoire pour tous les praticiens qui dispensent régulièrement des soins de traumatologie.
- **Programmes d'amélioration de la qualité.** De tels programmes devraient être mis en place pour faire en sorte que les ressources humaines et matérielles minimums prescrites soient de qualité suffisante et soient rapidement accessibles à tous ceux qui en besoin. Les programmes d'amélioration de la qualité pour les soins de traumatologie sont pour l'instant rares et les ministères de la santé devraient se concentrer sur ce point.
- **Coordination entre établissements de santé.** La coordination entre établissements de santé devrait être améliorée par l'élaboration de protocoles de transfert interhospitaliers et la normalisation des critères pour le transfert des traumatisés vers des niveaux de soins plus spécialisés.

5.3 SERVICES DE READAPTATION ET SERVICES INTEGRES POUR LES VICTIMES

Quelle que soit la cause de leurs traumatismes, toutes les victimes auront besoin d'un large éventail de services de réadaptation intégrés afin de réduire les incapacités fonctionnelles et d'accélérer le retour à une vie active. Ces services concernent plusieurs domaines au-delà des soins médicaux, à savoir la physiothérapie, la santé mentale et les services médico-légaux. Dans de nombreux pays, l'insuffisance des services médico-légaux a eu des conséquences négatives, contribuant à traumatiser à nouveau la victime et compromettant le recueil de preuves. Les ministères de la santé devraient établir des normes minimales pour ces services et pour la collaboration entre ceux-ci.

Les personnes présentant des incapacités physiques et mentales sont souvent victimes de discrimination et, de ce fait, n'ont pas toujours accès aux services. Les ministères de la santé devraient particulièrement veiller à garantir l'accès aux services aux personnes handicapées et s'efforcer également de lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont elles sont victimes.

Les besoins spécifiques des victimes de formes particulières de violence – violence sexuelle et exercée par le partenaire intime, maltraitance des enfants, traumatismes auto-infligés et maltraitance des personnes âgées – méritent également une attention spéciale du secteur de la santé. Les personnes qui ont connu ces formes de violence sont souvent réticentes à en parler, alors qu'elles ont urgemment besoin que l'on prenne en charge les conséquences psychologiques des actes dont elles ont souffert. Des procédures et protocoles d'orientation-recours officiels déterminant les relations avec d'autres secteurs et services devraient être mis au point en tenant compte des besoins particuliers des hommes et des femmes victimes de la violence. Dans certaines situations, il pourra s'avérer utile de créer des services de santé spécialisés pour les victimes de catégories particulières de violence ; dans d'autres, les soins pourront être intégrés aux services et systèmes existants.

Les ministères de la santé devraient prendre les mesures suivantes pour renforcer la réadaptation et intégrer les services :

- **procéder à une évaluation**, en déterminant la situation actuelle des services de réadaptation et en recensant les insuffisances ;
- **élaborer des plans pour remédier aux insuffisances** – qui pourront comprendre la formation, l'établissement de protocoles et la fourniture de matériel essentiel de réadaptation ;
- **établir des procédures systématiques d'orientation-recours** pour améliorer la coordination des services de santé physique et mentale et des services médico-légaux et de réadaptation. Chaque fois que possible, la fourniture de services devra être centralisée en un seul lieu. Les services destinés aux femmes pourront être intégrés aux services de santé génésique ;
- **élaborer des normes nationales pour les services de réadaptation** qui devront être appliquées aux différents niveaux de soins, et notamment la fourniture de services médicaux et médico-légaux s'il s'agit de violence ;
- **former les professionnels de la santé à identifier les victimes de violence et à leur dispenser des soins complets** – y compris les professionnels de santé des services d'urgence, des soins de santé primaires et soins de santé génésique et des services spécialisés tels que les centres de santé mentale.

ENCADRE 10

CENTRES D'ACCUEIL POUR LES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE EN MALAISIE

En 1993, le personnel des services d'urgence de Kuala Lumpur (Malaisie) ont créé le premier *centre d'accueil d'urgence* du pays, qui fournit des services coordonnés aux victimes de violence sexuelle. L'année suivante, le centre d'accueil pour les femmes a créé un centre similaire dans une autre région de Malaisie. Le Ministère de la Santé a soutenu la création de ces deux centres et, en 1996, a publié une directive adressée à tous les hôpitaux publics en les chargeant de créer eux-mêmes des centres d'accueil d'urgence. En 1998, grâce à cette directive et aux efforts de plusieurs organismes, 94 centres étaient en service dans les hôpitaux publics du pays. Les centres fournissent des services médicaux, psychologiques, sociaux et médico-légaux en un lieu sûr et discret.

ENCADRE 11

LE RÔLE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ VIETNAMIEN DANS L'AMÉLIORATION DES SOINS DE TRAUMATOLOGIE

La « politique nationale de prévention des accidents et des traumatismes, 2002-2010 » attribuait au Ministère vietnamien de la Santé le rôle directeur dans le renforcement des services de soins de traumatologie. À cette fin, le Ministère a traduit en vietnamien les publications de l'OMS *Guidelines for essential trauma care* et *Prehospital trauma care systems*. Il a ensuite utilisé ces guides pour évaluer les capacités nationales en matière de soins de traumatologie puis élaboré des priorités programmatiques claires. L'une des priorités consistait à assurer la distribution de certains matériels et fournitures peu coûteux mais importants principalement à travers une organisation et une planification améliorées. Le Ministère de la Santé a également encouragé la création de nouveaux services de soins préhospitaliers dans le cadre de son projet visant à améliorer la coordination au niveau communautaire des transferts vers les services d'urgence et de traumatologie. Ce projet a débouché sur des progrès en matière de formation, de logistique et de télécommunications pour des systèmes pilotes de soins médicaux d'urgence dans plusieurs provinces.

Ressources essentielles : services aux victimes

Prehospital trauma care systems. Genève, OMS, 2005. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924159294X.pdf>>

Guidelines for essential trauma care. Genève, OMS, 2004. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546409.pdf>>

La section du site Web de l'OMS portant sur les services destinés aux victimes contient plusieurs rapports et documents de pays et d'autres documents sur l'amélioration des soins de traumatologie. Elle peut être consultée à l'adresse : <http://www.who.int/violence_injury_prevention/services/traumacare/en/index.html>

Section 6

Prévention

La prévention consiste essentiellement à empêcher les gens de commettre des actes de violence et à éviter les événements provoquant des traumatismes involontaires. On y parvient en supprimant ou en réduisant les causes sous-jacentes et les facteurs de risque. Une prévention efficace sauve des vies, réduit les incapacités et autres conséquences pour la santé et apparaît de plus en plus comme rentable.

Les objectifs de la prévention de la violence et des traumatismes sont donc très semblables à ceux des autres programmes de santé publique tels que la prévention du VIH/sida, du paludisme ou des troubles liés au tabagisme.

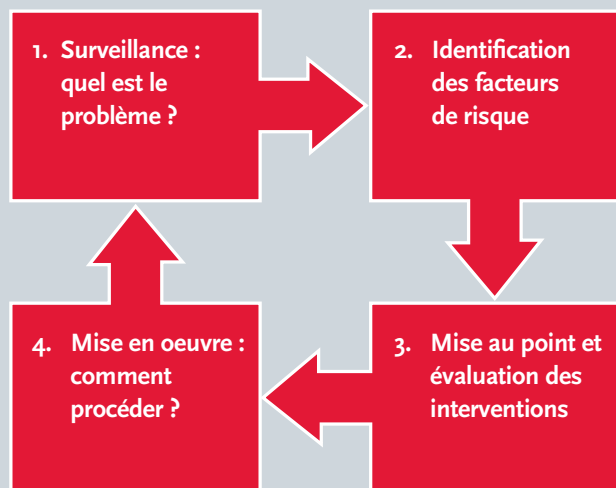
6.1 ROLES DU SECTEUR DE LA SANTE ET DES AUTRES SECTEURS

La prévention de la violence et des traumatismes a également en commun avec d'autres priorités de santé publique le fait que les solutions exigent généralement l'intervention de plusieurs secteurs – puisque l'on a affaire à des facteurs économiques, sociaux, juridiques et environnementaux. Le secteur de la santé est souvent bien placé pour coordonner, ou du moins faciliter, ces interventions multisectorielles. La prévention des troubles liés au tabagisme, par exemple, est une responsabilité de santé publique, mais la mise en oeuvre des interventions préventives fait appel à des secteurs comme l'agriculture, l'industrie, le commerce, l'hôtellerie-restauration, le divertissement, la publicité et les médias. S'agissant de prévention de la violence et des traumatismes, les secteurs compétents sont notamment ceux de la justice pénale, de l'éducation, de la protection sociale, des transports, du logement, du commerce et des médias ainsi que les associations représentant les victimes ou d'autres groupes de la société. Selon le problème de prévention visé, le rôle du secteur de la santé vis-à-vis des autres secteurs sera différent. Pour les intoxications, les brûlures, les noyades et les chutes, la santé aura certainement un rôle directeur à jouer pour coordonner, mettre en oeuvre et suivre les mesures. Pour la violence et les accidents de la circulation routière, par contre, le rôle de la santé peut consister soit à diriger l'action (dans le cas de la prévention du suicide), soit à sensibiliser et à évaluer (dans le cas des lois relatives au taux d'alcoolémie), les ministères chargés des transports et de la justice pénale jouant souvent un rôle plus central dans la mise en oeuvre.

6.2 UNE APPROCHE DE SANTE PUBLIQUE EN QUATRE ETAPES

Quels que soient les secteurs impliqués dans la stratégie de prévention, l'approche de santé publique en quatre étapes constitue un modèle pour concevoir, évaluer et suivre des interventions.

FIGURE 1 : L'APPROCHE DE SANTE PUBLIQUE



- Etape 1 :** Recueillir des données sur l'ampleur, les caractéristiques, l'étendue et les conséquences du problème aux niveaux local, national et international.
- Etape 2 :** Déterminer les causes du problème ainsi que les facteurs qui augmentent ou diminuent la vulnérabilité individuelle au problème, et examiner si ces facteurs sont susceptibles d'être modifiés.
- Etape 3 :** Concevoir, mettre en oeuvre, suivre et évaluer les interventions visant à prévenir le problème sur la base des informations recueillies au cours des étapes 1 et 2.
- Etape 4 :** Diffuser des informations sur l'efficacité des interventions ; mettre en oeuvre les interventions efficaces à plus grande échelle ; et évaluer la rentabilité des interventions à plus grande échelle.

Qu'il s'agisse de prévenir la violence ou les traumatismes, cette approche doit reposer sur des données fiables et de qualité. Les éléments nécessaires à une prévention efficace de la violence et des traumatismes sont les suivants : la recherche, la collecte systématique de données et le suivi et l'évaluation des programmes.



6.3 STRATEGIES DE PREVENTION

On trouvera au Tableau 2 la liste d'un choix d'interventions destinées à prévenir la violence et les traumatismes. Elles sont regroupées selon le type de traumatismes et de problèmes de violence qu'elles sont censées prévenir. Le tableau indique l'efficacité de chaque intervention conformément aux connaissances actuelles et le rôle du secteur de la santé dans la conception et la mise en oeuvre de l'intervention. Seuls les principaux types de traumatismes et d'actes de violence mortels et non mortels y figurent. Il existe cependant des interventions ayant fait l'objet d'une évaluation scientifique pour de nombreux types de traumatismes non cités dans le tableau, par exemple les accidents du travail ou les blessures liées à la pratique d'un sport.

Si le rôle du secteur de la santé dans chaque intervention est précisé dans le tableau, il tend néanmoins à varier en fonction de la situation locale. Dans certains pays, par exemple, l'apprentissage de la natation pour éviter les noyades peut être confié au secteur de l'éducation plutôt qu'au secteur de la santé. Les sources de ce tableau sont le *Rapport mondial sur la violence et la santé* et le *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*, ainsi que d'autres sources de la littérature scientifique.

TABEAU 2 : CHOIX D'INTERVENTIONS POUR LA PREVENTION DE LA VIOLENCE ET DES TRAUMATISMES, PAR CAUSE, EFFICACITE ET ROLE DU SECTEUR DE LA SANTE

	Intervention	Efficacité	Rôle du secteur de la santé
TRAUMATISMES VOLONTAIRES ET INVOLONTAIRES			
	Réduire l'offre d'alcool pendant les périodes à haut risque	Prometteuse	Diriger
	Réduire les inégalités économiques	Prometteuse	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Renforcer les systèmes de sécurité sociale	Peu claire	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Programmes éducatifs indépendants axés uniquement sur le changement des comportements téméraires	Inefficace	Décourager
TRAUMATISMES VOLONTAIRES			
Maltraitance des enfants	Améliorer la qualité des soins prénatals et postnatals et l'accès à ceux-ci	Prometteuse	Diriger
	Former les agents de santé à déceler la maltraitance des enfants	Peu claire	Diriger
	Programmes de visites à domicile	Efficace	Diriger
	Programmes de formation pour les parents	Efficace	Diriger
Violence des jeunes	Prévention des grossesses non désirées	Prometteuse	Diriger
	Programmes de formation aux compétences psychosociales	Efficace	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Eveil préscolaire, renforcement des liens avec l'école, amélioration des résultats et de l'estime de soi	Efficace	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Thérapie familiale pour les enfants et les adolescents à haut risque	Efficace	Diriger
	Programmes de partenariat maison-école encourageant la participation des parents	Prometteuse	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Mesures d'incitation éducatives pour les lycéens à risque	Efficace	Sensibiliser, collaborer, évaluer
Violences sexuelles et exercées par un partenaire intime	Médiation et conseil par les pairs	Inefficace	Décourager
	Education aux dangers de la toxicomanie	Inefficace	Décourager
	Programmes scolaires pour prévenir la violence dans les relations fille-garçon	Efficace	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Formation des agents de santé à déceler la violence exercée par un partenaire intime et à orienter les cas	Peu claire	Diriger
Maltraitance des personnes âgées	Constitution de réseaux sociaux de personnes âgées	Prometteuse	Diriger
	Formation des personnes âgées comme visiteurs ou compagnons des personnes risquant d'être maltraitées	Prometteuse	Diriger
	Elaboration de politiques et de programmes visant à améliorer l'environnement organisationnel, social et matériel des maisons pour personnes âgées	Prometteuse	Diriger
Violence auto-infligée	Restreindre l'accès aux moyens utilisés (pesticides, médicaments) et protection des lieux dangereux (ponts, etc.)	Efficace	Diriger
	Prévenir et traiter la dépression, l'alcoolisme et l'abus de substances psychoactives	Efficace	Diriger
	Interventions en milieu scolaire axées sur la gestion des crises, le renforcement de l'estime de soi et les stratégies d'adaptation	Prometteuse	Sensibiliser, collaborer, évaluer
Tous types de violence	Réduire la demande et l'offre des armes à feu	Prometteuse	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Campagnes de prévention multimédias durables visant à changer les normes culturelles	Prometteuse	Diriger

	Intervention	Efficacité	Rôle du secteur de la santé
TRAUMATISMES INVOLONTAIRES			
Accidents de la circulation	Faire passer l'âge légal pour la conduite d'une moto ou d'une voiture de 16 ans à 18 ans	Efficace	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Adoption et application de lois sur les taux d'alcoolémie autorisés	Efficace	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Systèmes de permis de conduire progressifs	Efficace	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Mesures de ralentissement de la circulation	Efficace	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Allumage des feux de croisement pendant la journée pour les deux-roues motorisés	Efficace	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Adoption et application d'une législation sur le port de la ceinture de sécurité	Efficace	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Sièges spéciaux pour enfants	Efficace	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Adoption et application de lois sur le port du casque à moto	Efficace	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Mesures de réduction de la vitesse	Efficace	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Electrification des logements	Prometteuse	Sensibiliser, collaborer, évaluer
Incendies	Interdiction de la fabrication et de la vente de feux d'artifice	Prometteuse	Diriger
	Réduction du stockage de substances inflammables à domicile	Prometteuse	Diriger
	Alarmes et détecteurs de fumée	Prometteuse	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Amélioration des normes de construction	Prometteuse	Sensibiliser, collaborer, évaluer
	Modification des produits – par exemple réchauds à kérosène, ustensiles de cuisine et bougeoirs	Prometteuse	Sensibiliser, collaborer, évaluer
Intoxications	Récipients impossibles à ouvrir pour les enfants	Efficace	Diriger
	Centres antipoisons	Efficace	Diriger
	Meilleures méthodes de stockage, s'agissant aussi bien des récipients que des lieux de rangement	Efficace	Diriger
	Utilisation de mises en garde sur les produits	Prometteuse	Diriger
Noyades	Utilisation de dispositifs de flottaison individuels	Efficace	Diriger
	Adoption et application de lois concernant la pose de clôtures autour des piscines	Efficace	Diriger
	Enseignement de la natation	Efficace	Diriger
	Couverture des points d'eau comme les puits	Efficace	Diriger
	Normes de sécurité pour les piscines	Prometteuse	Diriger
	Signalisation simple et claire	Prometteuse	Diriger
	Maîtres-nageurs convenablement formés et équipés	Prometteuse	Diriger
Chutes	Dispositifs de sécurité sur les fenêtres tels que barreaux de fenêtre dans les immeubles élevés	Efficace	Diriger
	Barrières d'escalier	Efficace	Diriger
	Revêtements spéciaux sur les terrains de jeux	Efficace	Diriger
	Normes de sécurité pour l'équipement des terrains de jeux	Prometteuse	Diriger
	Exercices de renforcement de la musculature et d'équilibre pour les personnes âgées	Prometteuse	Diriger
	Vérification et si nécessaire réaménagement des installations au domicile, où les personnes sont le plus exposées	Prometteuse	Diriger
	Programmes éducatifs encourageant les dispositifs de sécurité pour prévenir les chutes	Prometteuse	Diriger

LEGENDE DU TABLEAU

Efficacité :

1. Efficace : interventions évaluées au moyen d'un modèle de recherche solide, montrant clairement l'efficacité préventive.
2. Prometteuse : interventions évaluées au moyen d'un modèle de recherche solide, montrant une certaine efficacité préventive mais demandant à être évaluées de manière plus poussée.
3. Peu claire : interventions qui n'ont pas été convenablement évaluées ou qui restent en grande partie non éprouvées.
4. Inefficace : interventions évaluées au moyen d'un modèle de recherche solide, et dont il a été régulièrement démontré qu'elles n'ont aucun effet préventif, voire qu'elles exacerbent un problème particulier. Il convient de noter que le terme « inefficace » n'est utilisé que par rapport à l'impact sur la prévention des traumatismes.

Rôle du secteur de la santé :

1. Diriger : le secteur de la santé est responsable au premier chef de mettre en oeuvre l'intervention et de surveiller son impact sur le problème.
2. Sensibiliser, collaborer, évaluer : la responsabilité de la mise en oeuvre repose au premier chef sur un autre secteur, mais la santé a un rôle essentiel à jouer en préconisant l'intervention, en collaborant avec les autres secteurs à sa mise en oeuvre et en surveillant l'impact.
3. Décourager : la poursuite des investissements dans des interventions dont il a été démontré qu'elles étaient inefficaces ou contre-productives est un gaspillage de ressources et – lorsque l'intervention exacerbe même le problème – est préjudiciable à la santé publique. Le rôle du ministère de la santé est donc dans ce cas de décourager la mise au point ou la mise en oeuvre de ces interventions par n'importe quel secteur et de proposer des alternatives lorsqu'elles existent. Si le secteur de la santé publique doit décourager ces interventions comme moyen de prévenir la violence ou les traumatismes, elles peuvent néanmoins être efficaces pour prévenir d'autres problèmes de santé ou de société. Le terme « décourager » ne doit donc pas être interprété comme un jugement sur l'efficacité dans l'absolu de ces programmes, mais uniquement sur leur efficacité dans le contexte de la prévention des traumatismes et de la violence.

6.4 INDICATEURS ET SUIVI

Dès le départ, les politiques et plans nationaux doivent prévoir de contrôler l'efficacité des programmes de prévention de la violence et des traumatismes. La mesure de l'efficacité doit porter aussi bien sur le court terme que sur le moyen terme et le long terme. Il est particulièrement important d'établir des mesures de référence *avant* qu'une intervention soit mise en oeuvre.

Comme pour les autres problèmes de santé publique – VIH/sida, paludisme ou troubles liés au tabagisme, par exemple –, la surveillance dans la population se fait en fixant des indicateurs permettant de mesurer les changements dans la nature et l'ampleur aussi bien du problème visé que des facteurs de risque. Avec le VIH, par exemple, on peut mesurer les taux d'incidence de l'infection et les taux d'utilisation des préservatifs. En fonction des statistiques d'état civil et des systèmes d'information sanitaire disponibles, il pourra s'avérer possible dans certains endroits de suivre les indicateurs au moyen d'informations recueillies systématiquement. Ailleurs, lorsque les systèmes d'information sont moins bien développés et pour les indicateurs comportementaux qui ne peuvent être mesurés par ces systèmes, la surveillance se fera au moyen d'enquêtes périodiques en population. On fera alors appel à des méthodes telles que les enquêtes sur la délinquance ou les comportements téméraires chez les jeunes, et à des tests d'alcoolémie aléatoires pour les piétons et les conducteurs. Lorsque des indicateurs sont élaborés et suivis au niveau de la population, on obtient une rétroinformation permanente sur les tendances du problème visé ainsi que les facteurs de risque et les facteurs protecteurs. Cette information permet à son tour de mesurer l'impact de certains programmes et politiques de prévention.

6.5 CONSULTER LES DIFFÉRENTS SECTEURS

La consultation des associations gouvernementales ou non gouvernementales de différents secteurs est indispensable pour vérifier qu'ils investissent dans une politique ou un effort particuliers de prévention de la violence ou des traumatismes. Cela permettra ensuite d'améliorer la coordination entre les secteurs. Il ne sera pas facile d'associer tous les organismes jugés compétents. Toutefois, l'absence de consultation d'un groupe clé pourrait nuire à l'effort global et même se traduire par un rejet par le groupe en question du programme proposé.

Il est donc très important de savoir quelles associations consulter, ce qui dépendra du cadre dans lequel l'intervention aura lieu. Au départ d'un programme de prévention, les représentants des différents secteurs auront tendance à se limiter à leurs domaines de compétences. Les psychologues, par exemple, pourront considérer qu'ils ont un rôle de conseil aux victimes de la violence ; la police pourra demander davantage de ressources pour poursuivre et punir les délinquants ; et les professions de santé pourront se préoccuper davantage des soins traumatologiques. Pour que la prévention de la violence et des traumatismes soit un succès, il faut utiliser ces compétences particulières et les ancrer dans une perspective plus large en définissant des priorités et des buts communs.

ENCADRE 12

COLLABORATION INTERSECTORIELLE EN AFRIQUE DU SUD

En Afrique du Sud, la cellule sociale du Ministère de la Santé a élaboré une stratégie de collaboration intersectorielle pour prévenir la mortalité due à des causes non naturelles – y compris les homicides, les suicides et les décès dus aux accidents de la circulation. Il s'agissait d'examiner les mesures de prévention prises par les différents services gouvernementaux et de les comparer avec les recommandations de l'OMS concernant la prévention des homicides, des suicides et des accidents de la circulation. Les départements impliqués dans le processus étaient les services de la santé, de l'éducation, les services pénitentiaires, le développement social et les transports, ainsi que la police sud-africaine.



© P. Viot/WHO

Ressources essentielles : prévention et évaluation

Prévention de la violence et des traumatismes

Krug EG et al., eds. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, OMS, 2002. <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html>

Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Genève, OMS, 2004. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>>

Guide pour la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Genève, OMS (sous presse). <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf>

Peden MM et al., eds. *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus à la circulation routière*. Genève, OMS, 2004. <http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/en/index.html>

Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals. Genève, OMS, 2004. <http://www.who.int/gender/documents/women_MDGs_report/en/>

Helmets: a road safety manual for decision-makers and practitioners. Genève, OMS, 2006. <http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/helmet_manual.pdf>

Road traffic injury prevention training manual. Genève, OMS, 2006. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546751_eng.pdf>

Child and adolescent injury prevention. Genève, OMS, 2005. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415_eng.pdf>

Evaluation

Handbook for process evaluation in noncommunicable disease prevention. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 1999. <<http://dosei.who.int/uhtbin/cgiisr/60n0oia4Y2/116570044/9>>

Rootman I et al., eds. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2001. <http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_43>

Section 7

Renforcement des capacités

La prévention des traumatismes et de la violence exige un personnel qualifié et compétent, des structures d'appui et des réseaux efficaces. Tous ces éléments devront peut-être être renforcés, et le ministère de la santé a un rôle essentiel à jouer à cet égard.

7.1 DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Pour aider à développer les capacités des ressources humaines, une bonne formation est essentielle. Cela concerne tout le monde, des membres du personnel, points focaux compris, aux décideurs de rang supérieur. Le but est de pouvoir disposer de professionnels issus de tout un éventail de disciplines qui travaillent dans le domaine de la prévention des traumatismes et de la violence en ayant une base commune de connaissances et de compétences. La formation à la prévention des traumatismes et de la violence n'a jusqu'ici pas fait l'objet d'une attention systématique. Les ministères de la santé peuvent y remédier en se concentrant sur :

- **La formation à la prévention des traumatismes et de la violence.** Elle devrait être entreprise de façon systématique tant par les universités – écoles de santé publique, de soins infirmiers et de médecine – qu'en cours d'emploi pour le personnel médical, les personnes chargées de la collecte des données et les agents compétents d'autres services publics. Un instrument utile à cet égard est le TEACH-VIP, programme de formation modulaire sur la prévention des traumatismes et de la violence. TEACH-VIP a été mis au point par l'OMS avec l'appui d'un réseau d'experts de par le monde et a été utilisé avec succès par des organismes publics, des centres de traitement des traumatismes, des organisations non gouvernementales et des universités.
- **Le développement des compétences techniques et professionnelles.** Parmi les compétences techniques figure l'aptitude à la recherche et à la mise en place de systèmes de surveillance. Parmi les compétences professionnelles figurent la collecte de fonds, la communication, la sensibilisation et la direction. Le ministère de la santé devrait désigner des personnes présentant le profil souhaité et appuyer leur formation – notamment par des visites, des échanges et une collaboration avec d'autres institutions et le tutorat.

Au moment de la publication du présent document, l'OMS mettait en place un programme mondial de tutorat concernant la prévention des traumatismes. Il permettra de mettre en rapport des personnes travaillant dans des institutions différentes et de développer leurs compétences.

7.2 MAINTIEN DE RESEAUX EFFICACES

Les réseaux de collaboration – aussi bien à l'intérieur des pays qu'entre les pays – sont un élément important de la prévention des traumatismes et de la violence. A l'intérieur des pays, les efforts de prévention seront certainement répartis entre différents secteurs publics et privés ; c'est pourquoi une bonne coordination s'impose. Les ministères de la santé peuvent apporter leur concours en créant des réseaux nationaux qui relient les différents secteurs pour rendre plus efficaces l'échange d'information, la planification et l'action. Entre les pays, les échanges techniques peuvent accélérer l'adoption des meilleures pratiques dans le domaine et aider à établir des programmes d'action. L'OMS soutient activement les réseaux régionaux et mondiaux de points focaux des ministères de la santé. Ces réseaux offrent un lien spécial en reliant les points focaux à toutes les ressources techniques et autres formes d'assistance que leurs homologues d'autres pays comme l'OMS ont à offrir.



© M. Peden/WHO

ENCADRE 13

DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES EN CHINE

En Chine, le Centre national de Lutte contre les Maladies chroniques et non transmissibles – qui fait partie du Ministère de la Santé – a organisé en novembre 2004 un atelier national de formation à la prévention des traumatismes. Celui-ci a été suivi par 67 employés de la santé publique travaillant dans le domaine de la prévention des traumatismes, venus de la plupart des provinces chinoises, et dont un quart seulement avait reçu plus de six heures de formation préalable dans ce domaine. Vingt-quatre leçons de TEACH-VIP ont été traduites en mandarin, adaptées à la situation locale et complétées lors de l'atelier par des exercices et une table ronde. Le Centre a joué un rôle déterminant en recensant des participants potentiels dans tout le pays, en organisant les formateurs, en adaptant et traduisant les matériels de formation et en assurant la logistique et le soutien administratif. Une évaluation six mois plus tard a montré que plus de 95 % des participants appliquaient les informations qu'ils avaient acquises lors de l'atelier TEACH-VIP. Une année plus tard, des systèmes nationaux de surveillance hospitalière des traumatismes étaient gérés par des participants à l'atelier de toutes les provinces et 11 programmes d'intervention communautaires avaient été mis sur pied grâce à des crédits du Centre et du Ministère de la Santé.

ENCADRE 14

FORMATION ET CREATION DE RESEAUX DE POINTS FOCAUX DANS LA REGION EUROPEENNE DE L'OMS

En juin 2006, à la demande des points focaux du ministère de la santé, l'OMS a organisé un atelier de formation à Salzbourg (Autriche) sur la base du programme d'étude TEACH-VIP. Trente-neuf points focaux de 27 pays d'Europe ont suivi cet atelier. Parmi les sujets traités figuraient l'élaboration de politiques et la planification, le renforcement des capacités, la collecte de données, la surveillance, la prévention des traumatismes et de la violence et la création de partenariats. Dans une évaluation, les participants ont très bien noté cet atelier. Il a été suivi d'une deuxième réunion annuelle des points focaux chargés de la prévention de la violence et des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS, au cours de laquelle ceux-ci ont convenu de créer des groupes de travail thématiques sur des questions intéressant plus particulièrement la Région.

Ressources essentielles : renforcement des capacités

TEACH-VIP user's manual. Genève, OMS, 2005.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593547_eng.pdf>

Section 8

Sensibilisation

On peut définir la sensibilisation comme le fait de faire prendre conscience d'un problème de façon à infléchir les politiques, les programmes et les ressources qui lui sont consacrés. Il s'agit d'un élément fondamental des efforts de prévention de la violence et des traumatismes. Les ministères de la santé, étant ceux qui produisent la plus grande partie des données disponibles sur les traumatismes et sur la violence et qui supervisent le traitement des victimes, sont bien placés pour faire campagne pour qu'une plus grande attention soit consacrée à ces questions. Deux types de sensibilisation nous intéressent ici.

SENSIBILISATION DU PUBLIC

Les campagnes de sensibilisation menées par les pouvoirs publics devraient informer les gens des principaux problèmes liés aux traumatismes et à la violence dans le pays et sur la façon de les prévenir. Elles devraient également avoir pour but de corriger certaines idées reçues quant aux causes et au caractère inévitables des traumatismes et de la violence. Ces campagnes devraient être coordonnées avec l'adoption de nouvelles lois et politiques de façon à mieux en faire prendre conscience dans le public. Des campagnes internationales peuvent accompagner les efforts de prévention, en soulignant par exemple que la violence contre les femmes et les enfants est inacceptable ou en montrant l'importance des détecteurs de fumée. Le lancement de nouveaux programmes, politiques ou publications sur la violence et les traumatismes est souvent une bonne occasion pour les ministères de la santé de mener une action de sensibilisation. Les campagnes peuvent également s'articuler autour d'événements importants au niveau mondial comme :

- la Semaine mondiale des Nations Unies pour la sécurité routière ;
- la Journée internationale pour l'élimination de la violence contre les femmes ;
- la Journée internationale des personnes handicapées ;
- la Journée mondiale du souvenir des victimes des accidents de la route.

Le fait de faire participer des personnalités ainsi que les médias locaux et nationaux à des campagnes animées autour de ces événements peut en décupler l'impact. Bien planifiées et bien exécutées, ces campagnes peuvent aider les ministères de la santé à bâtir de larges coalitions en faveur de l'action. Il est important cependant de préciser que les campagnes d'information ou de publicité seules, si elles ne sont liées à d'autres interventions à plus long terme, ne se traduiront généralement pas par des baisses significatives et durables de la violence et des traumatismes.

SENSIBILISATION DES AUTRES SECTEURS

L'application des principes de prévention dans le domaine des traumatismes et de la violence n'est pas une approche familière pour de nombreux ministères. L'action de sensibilisation du ministère de la santé auprès des autres secteurs gouvernementaux doit donc tendre à expliquer la nécessité qu'il y a à faire face aux traumatismes et à la violence et les avantages d'une approche de santé publique. Pour ce faire, on aura recours à des séminaires, des ateliers et des bulletins d'information, et on invitera les groupes pertinents à examiner leurs rôles et leurs responsabilités en matière de prévention. Les ministères de la santé devraient employer les données qu'ils recueillent concernant notamment l'épidémiologie, les coûts économiques directs et indirects des traumatismes et de la violence, et les mesures de prévention qui se sont avérées efficaces et prometteuses pour informer les décideurs de la nature et de l'étendue des traumatismes et de la violence dans leurs pays. Les ministères de la santé devront parfois aussi inviter les autres ministères, les organismes des Nations Unies ou les ONG à collaborer sur un thème particulier. La mobilisation d'un éventail d'institutions en faveur d'une cause commune est, en elle-même, un exercice utile.

Pour ces deux types de sensibilisation, les ministères de la santé devraient faire pleinement usage de toutes les ressources dont ils disposent, à savoir des données locales ainsi que des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et des comités régionaux de l'OMS sur les traumatismes et la violence, ainsi que les *Rapports mondiaux* publiés par l'OMS et leurs recommandations.

Les organisations non gouvernementales sont également une source précieuse à laquelle les ministères de la santé peuvent faire appel pour mener une action de sensibilisation. En effet, dans de nombreux pays, les associations de victimes de la violence ou des accidents de la route et leur famille sont parmi les plus ardents défenseurs de la prévention. Ces groupes ont exigé des contrôles plus stricts concernant les armes à feu, la lutte contre les violences sexuelles et la maltraitance des enfants et l'amélioration de la législation en matière de sécurité routière. Les faits divers tragiques – suicides, fusillades dans les écoles ou mort violente d'une personnalité – déclenchent souvent de grands mouvements dans l'opinion publique. Si ces mouvements sont mis à profit, ils peuvent permettre d'augmenter rapidement et durablement l'engagement politique en faveur de la prévention primaire. Chaque fois que nécessaire, les ministères de la santé devraient soutenir de tels efforts non gouvernementaux de façon à promouvoir la prévention des traumatismes et de la violence.

ENCADRE 15

FONDATION DE LA SECTION JAMAÏQUAINE DE L'ALLIANCE POUR LA PREVENTION DE LA VIOLENCE

En 2004, le Ministre jamaïcain de la Santé a constitué la section nationale de l'Alliance mondiale pour la prévention de la violence. En annonçant sa création, le Ministre a rappelé l'importance d'une approche de santé publique et de la participation de tout un éventail de secteurs dans la prévention de la violence. L'Alliance s'est fixé six objectifs :

- accroître la collaboration et l'échange d'information sur la prévention de la violence ;
- soutenir la mise en oeuvre et le suivi de plans d'action nationaux de prévention de la violence ;
- renforcer les capacités de collecte de données sur la violence ;
- promouvoir la prévention primaire de la violence ;
- renforcer les services de soutien aux victimes de la violence ;
- soutenir l'intégration de la prévention de la violence dans les politiques sociales et éducatives.

Pour atteindre ces objectifs, la section jamaïcaine a constitué un comité d'orientation et un groupe de travail composés de représentants d'un large éventail de groupes de sensibilisation.

Pour de plus amples informations sur l'Alliance pour la prévention de la violence, consulter : <<http://www.who.int/violenceprevention/en/index.html>>.

Section 9

Conclusions

La violence et les traumatismes représentent 9 % de la mortalité mondiale et 16 % de l'incapacité mondiale et sont de plus en plus considérés comme un problème majeur de santé publique. Les ministères de la santé ont développé leur action de prévention mais n'ont pas toujours été très clairs quant à leurs responsabilités en matière de prévention des traumatismes et de la violence.

Ce guide décrit donc ces responsabilités. Il se veut un point de départ pour les ministères qui commencent seulement à désigner des points focaux et un appui pour aider ceux qui se sont déjà dotés d'unités de prévention de la violence et des traumatismes à les développer. Ces unités devraient idéalement couvrir l'élaboration de politiques, la collecte de données, les services destinés aux victimes, la prévention, le renforcement des capacités et la sensibilisation. Dans tous ces domaines, la réalisation d'évaluations et la conception de plans d'action sont de premières activités importantes.

La prévention de la violence et des traumatismes ne peut être entreprise par un seul département ou institution travaillant isolément. Une réponse concertée faisant appel à une diversité de secteurs est absolument indispensable pour que les efforts de prévention puissent réussir. Le ministère de la santé devrait jouer un rôle directeur, faciliter les efforts de prévention et y participer selon la nature du problème.

La tâche pourra parfois paraître écrasante, mais certains pays ont prouvé par l'exemple que les objectifs définis dans le présent document pouvaient être atteints. D'ailleurs, même le service de prévention de la violence et des traumatismes le mieux établi peut mieux faire. L'OMS espère que ce guide sera utile à tous les ministères de la santé qui mènent des efforts de prévention dans ce domaine.

L'Encadré 16 contient une grille simplifiée à l'intention des points focaux nouvellement désignés qui vont constituer une unité de prévention de la violence et des traumatismes. Il n'existe bien sûr aucune formule universelle pour ce faire. Chaque pays connaît des conditions et des obstacles différents. Les mesures décrites dans cet Encadré ne sont donc qu'une orientation générale et devront être adaptées à la situation particulière du pays.

ENCADRE 16 : COMMENT DEMARRER : CREATION D'UNE UNITE DE PREVENTION DE LA VIOLENCE ET DES TRAUMATISMES

1. Recueillir et diffuser des données locales et nationales sur la violence et les traumatismes en commençant par les ressources essentielles concernant la collecte des données énumérées à la section 4. Certaines données peuvent être dans le domaine public, disponibles sur Internet ou dans des bibliothèques. D'autres devront être obtenues directement auprès des services chargés des dossiers hospitaliers, des organismes publics, des compagnies d'assurances, des bureaux nationaux de la statistique ou des morgues. Les représentants de ces institutions seront peut-être disposés à examiner des propositions visant à améliorer les données concernant la violence et les traumatismes. Ces données devront être utilisées pour fixer des priorités et pour mener une action de sensibilisation depuis le ministère de la santé en direction des autres départements ministériels.
2. Répertorier les personnes qui, au ministère, travaillent dans des domaines liés aux traumatismes et à la violence – santé de la femme, santé de l'enfant, services cliniques, promotion de la santé, toxicomanie, soins d'urgence et épidémiologie, par exemple. Rencontrer les représentants de ces départements pour examiner leur travail dans le domaine de la prévention de la violence et des traumatismes et rechercher des domaines de collaboration future.
3. Dresser une liste des autres organisations gouvernementales et non gouvernementales travaillant dans le domaine de la prévention de la violence et des traumatismes. Rencontrer les représentants de ces groupes pour examiner leur travail et leurs priorités en matière de prévention de la violence et des traumatismes et définir des domaines de collaboration future.
4. Effectuer une évaluation sur la base des informations recueillies. Dresser un tableau des principales causes de décès, à l'image du Tableau 1 de la section 1 du guide. Tenter de répondre aux questions fondamentales suivantes :
 - Quels sont les principaux problèmes, aux niveaux national et local, en matière de traumatismes et de violence ?
 - Que fait-on pour les résoudre ?
 - Quels services sont disponibles pour les personnes touchées par les traumatismes et la violence et où sont-ils situés ?
 - Quelles sont les priorités d'action réalistes au cours des prochaines années ?
5. Etablir des contacts internationaux. Participer à des programmes d'échange internationaux tels que le réseau des points focaux des ministères de la santé ou le programme de tutorat de l'OMS.
6. Organiser une conférence pour tous les groupes et toutes les personnes impliqués dans la prévention de la violence et des traumatismes. Structurer la réunion comme une consultation de sorte que les participants soient considérés comme des partenaires d'une entreprise. Le but de la conférence devra être d'établir un plan accepté par tous sur les mesures à prendre et de s'assurer la collaboration des participants. Il pourra être utile de faire participer le bureau régional ou le bureau de pays compétent de l'OMS.
7. Elaborer un rapport national sur la violence et les traumatismes dans le pays sur la base des conclusions de la conférence et de l'évaluation. Ce rapport devra :
 - comprendre les données existantes sur l'épidémiologie, les facteurs de risque et les réponses apportées ;
 - énumérer les principales organisations concernées ;
 - repérer les lacunes dans les efforts actuels ;
 - faire l'objet d'une vaste promotion lors de sa publication ;
 - servir d'outil principal de sensibilisation et de planification.
8. Créer un réseau chargé de formuler un plan d'action national sur la base du rapport, qui couvre les principaux domaines décrits dans ce guide. Chaque fois que possible, établir un plan supplémentaire décrivant le rôle de tous les secteurs concernés par la prévention de la violence et des traumatismes.
9. Commencer à élaborer le programme. Mettre au point des méthodes pour évaluer le programme depuis le départ. Rechercher un soutien politique et financier du département et d'autres collaborateurs si nécessaire.
10. Recueillir des données et mesurer l'impact des programmes de façon permanente et communiquer cette information à d'autres. Rester informé des efforts de prévention de la violence et des traumatismes menés aux niveaux national et international. Maintenir des rapports étroits avec tous ceux qui s'intéressent à la prévention des traumatismes et de la violence, éventuellement dans le cadre d'une conférence annuelle.
11. Développer les capacités à mesure que le programme prend de l'ampleur grâce à la formation en cours d'emploi, au tutorat et à des programmes d'échange.
12. Organiser des évaluations annuelles ou biennales des politiques et des plans, de la collecte des données, des services en faveur des victimes, des activités de prévention, du renforcement des capacités et de la sensibilisation. Restructurer le programme en fonction des informations découlant de ces évaluations et modifier en conséquence les priorités nationales et locales en matière de prévention des traumatismes et de la violence.



ISBN 978 92 4 259525 3



Organisation
mondiale de la Santé

