

Prévention des traumatismes : une priorité mondiale



Et soins de santé primaires :
rencontres

.....

Les traumatismes - violences, accidents - sont-ils suffisamment à l'agenda des politiques de santé publique ? Non, estime Etienne Krug, qui plaide depuis longtemps pour mobiliser les gouvernements sur cette question. Les choses avancent, mais l'évidence épidémiologique se heurte encore souvent à des visions fatalistes qui n'incitent pas à l'action.

.....

Pas de chance !

Les traumatismes liés aux accidents et violences tuent chaque année 5,8 millions de personnes dans le monde : soit 10% du total des décès, 32% de plus que le nombre de décès attribuable au paludisme, à la tuberculose et au SIDA réunis.

Pourtant, les stratégies de prévention sont loin d'occuper la place qu'elles mériteraient, en grande partie parce que ces événements apparaissent encore souvent comme étant le fruit du hasard, de la fatalité. Le terme même d'« accident » renvoie dans le langage courant à un événement fortuit, imprévisible ; et les actes violents (suicides, homicides, violences de vie courante, massacres de guerre) mettent en jeu des forces qui semblent non maîtrisables, et/ou qui dépassent le champ de la santé : « bien des gens qui vivent avec la violence jour après jour pensent qu'elle est indissociable de la question humaine »¹ ; *en ce qui concerne les violences intrafamiliales*, « certains pensent que ces actes ne regardent que la famille où ils se produisent, qu'ils relèvent d'un choix individuel ou qu'ils font, de toutes façons, partie de la vie² ».

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) plaide depuis quelques décennies pour contrer cette attitude résignée et faire passer l'idée que, loin d'être inéluctables, les traumatismes sont liés à des faits prévisibles et peuvent dès lors en grande partie être évités.

Etienne Krug,
*médecin, directeur
du département
Prévention de
la violence, des
Traumatismes et
du Handicap à
l'Organisation
mondiale de la santé.*

1. Nelson Mandela,
Avant-propos du
Rapport mondial
sur la violence et la
santé.

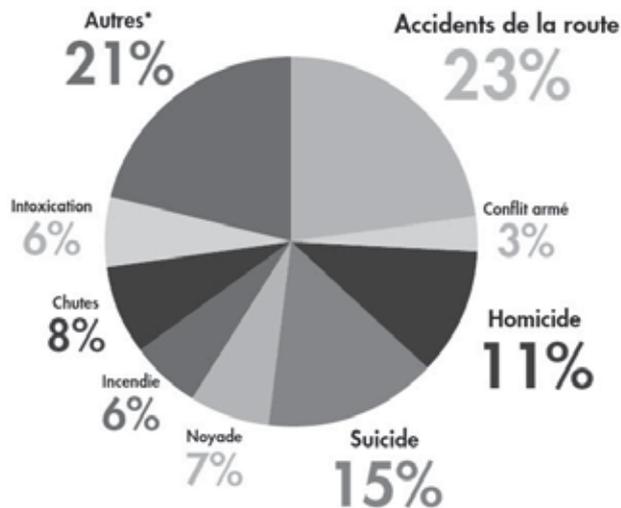
*2. Gro Harlem
Bruntland,*
Directrice générale
Organisation
mondiale de la santé,
Avant-propos du
Rapport mondial
sur la violence et
la santé – *sous la
direction de Etienne
G. Krug, Linda L.
Dahlberg, James A.
Mercy, Anthony Zwi
et Rafael Lozano-
Ascencio, OMS
Genève 2002.*

Définition de l'OMS : « un traumatisme est un dommage physique causé à une personne lorsque son corps a été soumis, de façon soudaine ou brève, à un niveau d'énergie intolérable. Il peut s'agir d'une lésion corporelle provenant d'une exposition à une quantité d'énergie excédant le seuil de tolérance physiologique, ou d'une déficience fonctionnelle conséquence d'une privation d'un ou de plusieurs éléments vitaux (par exemple air, eau, chaleur), comme dans la noyade, la strangulation ou le gel. Le temps passé entre l'exposition à l'énergie et l'apparition du traumatisme est court ».

Mots clés : déterminants, politique
de santé, promotion de la santé.

Figure 1 : proportion des décès dûs aux traumatismes
(Traumatismes et violences, Les faits, OMS 2010).

Causes de mortalité par traumatisme dans le monde, 2004.



Source : Global burden of disease, 2004

C'est grave, docteur ?

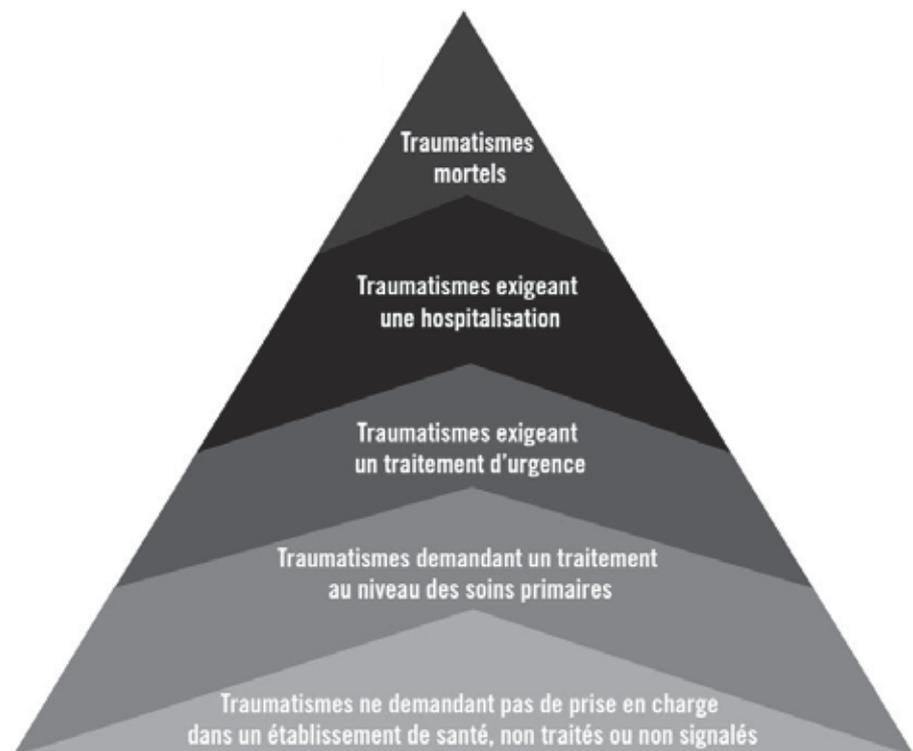
Les causes d'un traumatisme peuvent être très diverses, comme l'illustre la figure 1. On voit aussi que, prises isolément, certaines causes n'entraînent pas un nombre élevé de décès⁴, et peuvent dès lors ne pas attirer l'attention (voir figure 1).

Les traumatismes entraînent un poids social considérable, les données de mortalité n'étant en fait que le sommet de la pyramide comme on le voit ci-dessous (figure 2) : les décès sont souvent précédés d'une série d'épisodes morbides ; par ailleurs, un événement traumatique peut être très grave, entraîner de lourdes et durables conséquences, sans toutefois entraîner la mort.

3. Cette définition exclut les conséquences d'un stress persistant ou répété, comme le syndrome du canal carpien, les douleurs dorsales chroniques et les empoisonnements dus à des infections. Sont également exclus de la définition les désordres mentaux et l'incapacité chronique, bien qu'ils puissent éventuellement être des conséquences de traumatismes physiques.

4. En outre, différentes catégories peuvent se recouper : par exemple un accident de sport peut aussi être un accident scolaire, ou un accident de loisir.

Figure 2 : pyramide des traumatismes - représentation graphique des différents degrés de gravité des traumatismes



Pour chaque décès, on estime ainsi qu'il y a des douzaines d'hospitalisations, des centaines de consultations dans les services d'urgence et des milliers de consultations de médecins. « *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 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* »⁵.

Des inégalités

De manière générale, les traumatismes frappent beaucoup les jeunes, ce qui a bien entendu un impact socio-économique particulier. Par ailleurs, les personnes économiquement défavorisées sont plus exposées que les autres au sein d'un même pays ; et les pays pauvres

sont beaucoup plus touchés que les pays à revenus plus élevés, quelle que soit la région du monde considérée (tableau 1).

Et pour les accidents de la route : « *85% de l'ensemble des décès et 90% des années de vie corrigées de l'incapacité perdues à la suite d'accidents de la circulation sont enregistrés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire* »⁶.

Sombres prévisions

L'OMS prévoit que, d'ici 2030, les trois principales causes de décès par traumatisme dans le monde (accidents de la route, homicides et suicide) vont gagner en importance par rapport aux autres causes de décès (tableau 2). Cette croissance est déjà largement observée dans beaucoup de pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

Si l'on ne considère que les accidents de la route, il est urgent de prendre des mesures appropriées : les décès augmenteront en moyenne de plus de 80% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire entre 2000 et 2020 !

5. Avant-propos de « *La prévention des traumatismes et de la violence, Guide à l'intention des ministères de la santé* », OMS 2007.

6. Rapport OMS Road Traffic.

Tableau 1 : Taux de décès par traumatisme, par région de l'OMS et par niveau de revenu

Région de l'OMS	Taux de décès par traumatisme pour 100 000 habitants	
	Pays à revenu élevé (pour 100 000 habitants)	Pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire (pour 100 000 habitants)
Afrique	-	98,8
Amériques	55,4	74,1
Méditerranée orientale	60,1	95,4
Europe	45,6	126,8
Asie du Sud-Est	-	116,6
Pacifique occidentale	58,2	70,2

Source : Global burden of disease, 2004

Tableau 2 : Montée des traumatismes dans le classement par ordre d'importance des causes de décès dans le monde in Traumatismes et violences, Les faits, OMS 2010

Comparaison des principales causes de décès entre 2004 et 2030.

Total 2004	Total 2030
1 Cardiopathies ischémiques	1 Cardiopathies ischémiques
2 Maladies cérébrovasculaires	2 Maladies cérébrovasculaires
3 Infections des voies respiratoires inférieures	3 Bronchopneumopathie chronique obstructive
4 Bronchopneumopathie chronique obstructive	4 Infections des voies respiratoires inférieures
5 Maladies diarrhéiques	5 Accidents de la route
6 VIH et sida	6 Cancers de la trachée, des bronches et du poumon
7 Tuberculose	7 Diabète sucré
8 Cancers de la trachée, des bronches et du poumon	8 Cardiopathies hypertensives
9 Accidents de la route	9 Cancer de l'estomac
10 Prématurité et insuffisance pondérale à la naissance	10 VIH et sida
11 Infections néonatales et autres	11 Néphrite et néphrose
12 Diabète sucré	12 Suicide
13 Paludisme	13 Cancer du foie
14 Cardiopathies hypertensives	14 Cancers du côlon et du rectum
15 Asphyxie à la naissance et traumatisme obstétrical	15 Cancer de l'œsophage
16 Suicide	16 Homicide
17 Cancer de l'estomac	17 Maladie d'Alzheimer et autres démences
18 Cirrhose du foie	18 Cirrhose du foie
19 Néphrite et néphrose	19 Cancer du sein
20 Cancers du côlon et du rectum	20 Tuberculose
22 Homicide	

Source : Statistiques sanitaires mondiales 2008 (www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html)

Tandis qu'ils diminueront de près de 30% dans les pays à haut revenu (Rapport OMS Road Traffic). A l'échelle mondiale, le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité perdues passera sur la même période, de 34,3 millions à 71,2 millions (ce qui représentera 5,1% de la charge mondiale de morbidité).

Contre la fatalité

L'OMS a formulé plusieurs résolutions depuis 1966, invitant 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. Ces textes présentent des recommandations relatives à des questions spécifiques, qui ont été approuvées par des résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé et de l'Assemblée générale des Nations-Unies.

Par ailleurs, deux importants rapports font l'état de la question en ce qui concerne les accidents de la route et les violences interpersonnelles⁷. Là aussi, des stratégies validées sont présentées, accompagnées de descriptions de projets, de résultats obtenus dans différents contextes.

La volonté politique

L'OMS développe donc avec vigueur et depuis longtemps, un plaidoyer auprès des gouvernements afin qu'ils inscrivent cette priorité dans un plan national, et qu'au sein des ministères de Santé soit installé un point focal chargé de coordonner ce plan.

L'attention vis-à-vis des traumatismes a dès lors augmenté, et de nombreux acteurs se sont impliqués dans différents pays. Pour soutenir leur mobilisation et leurs compétences, l'OMS a publié en 2007 un document destiné à guider les politiques de prévention⁸.

Ce guide aborde différents aspects utiles pour faire avancer les stratégies : la récolte de données, l'organisation du ministère de la Santé, la planification, l'organisation des

services, la prévention et la sensibilisation. L'ouvrage est émaillé de divers exemples et projets pilotes venus de Malaisie, de Macédoine, du Brésil, d'Afrique du Sud, du Mozambique, des Pays-Bas, du Vietnam, de Chine, de Jamaïque... multiples sources d'inspiration. Il présente également un tableau listant des stratégies adaptées aux différents types de traumatismes, en indiquant leur niveau d'efficacité - d'« inefficace » à « efficace » en passant par « peu clair », et « prometteur ». On y retrouve notamment sept mesures globales dont l'efficacité est avérée en matière de violence :

- Le développement de relations sûres, stables et enrichissantes entre les enfants et les parents (ou les personnes qui en prennent soin) ;
- Le développement de compétences utiles à la vie, chez les enfants et les adolescents ;
- La réduction de l'accès et de l'usage nocif de l'alcool ;

7. *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation et le Rapport mondial sur la violence et la santé.*

8. *La prévention des traumatismes et de la violence, Guide à l'intention des ministères de la Santé.*

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

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

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

1997 – Prévention de la violence, WHA50.19

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

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

2004 – Sécurité routière et santé, WHA57.10

2007 Emergency trauma care, WHA 60.22.

2011 - Prévention des traumatismes chez l'enfant 64:27

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

- La réduction de l'accès aux armes, aux couteaux et pesticides ;
- La promotion de l'égalité des genres (pour prévenir les violences faites aux femmes) ;
- Le changement des normes sociales et culturelles soutenant la violence ;
- L'identification des victimes, les programmes de soins et de support.

Le rôle du secteur de la santé est central aux yeux de l'OMS, en effet :

- le secteur de la santé a le devoir d'agir, puisque son mandat comprend la prévention des principales causes de morbidité et de mortalité, et l'action contre celles-ci ;
- agir est pour lui une nécessité économique parce que les traumatismes représentent une forte proportion des dépenses de santé ;
- il a 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 ;
- il a une expertise en matière de prévention globale du problème – ce que n'ont pas

développé d'autres secteurs impliqués dans le domaine des traumatismes.

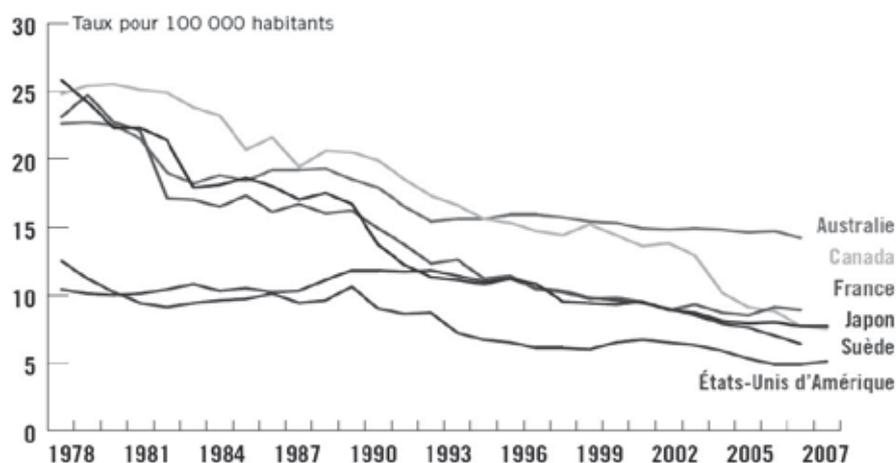
Beaucoup des interventions préconisées et reconnues comme efficaces reposent sur des acteurs extérieurs au secteur de la santé. La prévention n'est donc possible qu'à condition d'adopter une vision globale du problème, en concertation avec différents secteurs de la vie sociale.

Nous avons ici montré que la prévention des traumatismes est encore largement insuffisante au niveau mondial. Mais il faut aussi reconnaître que beaucoup de progrès ont été réalisés, et l'on peut observer, dans de nombreux pays, que des efforts concertés faisant intervenir différents secteurs peuvent donner des résultats spectaculaires. Le cas des accidents de la route est probant.

De tels résultats sont observables lorsqu'existe une volonté politique, des stratégies organisées et mises en œuvre sur base de recommandations validées. L'évaluation de ces programmes renforce l'évidence de leur utilité et permet aussi de donner de nouvelles pistes aux stratégies de prévention. ●

Fig 2. Diminution du nombre de décès par accidents de la route dans les pays riches in dossier OMS 2010 Traumatismes et violences, les faits.

Tendances relatives aux décès par accident de la route dans plusieurs pays à revenu élevé.



Source : Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde, OMS, 2009

En communauté française de Belgique, le plan quinquennal de promotion de la santé a placé la problématique des traumatismes parmi ses priorités. Par ailleurs, un Plan d'action national belge pour la sécurité des enfants, coordonné par le Centre de recherche et d'information des consommateurs - CRIOC, est en cours.

La coordination et la mise en œuvre du programme quinquennal de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité sont assurées par deux institutions partenaires : l'asbl Educa Santé et l'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles. Des ententes (accords durables) avec les secteurs suivants ont été pris :

- *politique des consommateurs : Commission pour la sécurité des consommateurs, Test achat, Le Centre de recherche et d'information des consommateurs (CRIOC) ;*
- *politique de l'emploi : Centre de promotion du travail du service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale pour la formation en milieu scolaire ;*
- *politique de la petite enfance et de la famille : ONE, Ligue des familles, Lire et écrire ;*
- *soins de santé et services de première ligne : Société scientifique de médecine générale, les centres universitaires et départements de médecine générale (CUMG – DUMG) des facultés de médecine (ULg, ULB), les services intégrés de soins à domicile (SISD), les associations professionnelles de médecins généralistes, de kinésithérapeutes et d'infirmières ;*
- *ministère de la Justice ;*
- *promotion de la santé et prévention : Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIG), centre local de promotion de la santé, Provinces, services de promotion de la santé à l'école ;*
- *secteur des assurances : Ethias et le Centre interdiocésain assurances ;*
- *autorités communales et contrats de prévention et de sécurité ;*
- *ordre des architectes et associations professionnelles des architectes ;*
- *international : OMS, Réseau francophone international de prévention des traumatismes et promotion de la sécurité, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut de veille sanitaire (INVS).*

Extrait du rapport :

http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/thematiques/traumatismes/Doc_PCO-traumatismes.pdf

Références

Baker SP, O'Neill B, Ginsburg MJ, Guohua Li. *The injury fact book*, 2nd ed. New York, Oxford University Press, 1992.

Holder Y, Peden M, Krug E et al (Eds). *Injury surveillance guidelines*. Geneva, World Health Organization, 2001.

Système communautaire d'information sur les accidents domestiques et de loisirs (EHLASS), manuel de codage, version mise à jour. Commission européenne, 1996.

Causes de décès, CépiDC, INSERM. Site Internet <http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080/>

World Health Organisation, *Atlas of mortality in Europe*. Geneva, 1997.

Rogmans W. *Les accidents domestiques et de loisirs des jeunes de moins de 25 ans dans l'Union européenne : défis pour demain*. Santé Publique 2000, volume 12, n°3, 283-98.

Krug E. *Injury : A Leading Cause of the Global Burden of Disease*. Geneva, World Health Organization, 1999.

Tursz A, Crost M. *Sequelae following unintentional injuries to children : an exploratory study*. Injury Prevention 2000 ; 6 : 209-13.

Barker M, Power C, Roberts I. *Injuries and the risk of disability in teenagers and young adults*. Arch Dis Child 1996 ; 75 : 156-8.

Guez M, Mouquet MC. *Une hospitalisation sur huit est due à un accident en 1993 dans les services de soins de courte durée*. Informations rapides, SESI, juin 1997, n°90.

Mulder S. *Surveillance and priority-setting. Where to start in preventing home and leisure accident ?*, Vrije Universiteit, Amsterdam, 2001.

Garry F. *Le coût des accidents de la vie courante à travers l'enquête CNAMTS 1997*. Journées scientifiques de l'InVS, décembre 2001.

Lawrence BA, Miller TR, Jensen AF et al. *Estimating the cost of non-fatal consumer product injuries in the United States*. Injury Control & Safety Promotion 2000 ; 2 : 97-113.

Meerding WJ, Bimie E, Mulder S, den Hertog PC, Toet H, van Beeck EF. *Cost of injuries in the Netherlands*. Consumer Safety Institute, Department of Public Health, Erasmus University, Amsterdam, 2000.

Bourdessol H, Janvrin M-P, Baudier F. *Accidents*. Baromètre santé 2000. Résultats ; volume 2 : 359-87.