



EUROPE

**Comité régional de l'Europe
Cinquante-cinquième session**

Bucarest (Roumanie), 12–15 septembre 2005

Point 6 d) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC55/10
+EUR/RC55/Conf.Doc./6
22 juin 2005
53667
ORIGINAL : ANGLAIS

**Les traumatismes dans la Région européenne de l'OMS :
la charge, les défis et les actions**

Dans la Région européenne, les traumatismes, quelle qu'en soit l'origine, sont la troisième cause de décès après les maladies cardiovasculaires et les cancers. Ils ont provoqué, selon les estimations, 800 000 décès (8,3 % de la mortalité totale) en 2002. Cette charge n'est pas également répartie entre les différents pays de la Région, ni d'ailleurs au sein même des pays, les groupes socialement et économiquement marginalisés étant plus enclins à subir les traumatismes et leurs conséquences. Des disparités existent également entre les groupes d'âge et entre hommes et femmes. Ce sont les enfants, les jeunes et les adultes de moins de 45 ans qui supportent d'ailleurs la majeure partie de cette charge.

Les traumatismes ont un impact important sur la santé, les services qui dispensent des soins et soutiennent les victimes, ainsi que sur le développement économique et social de l'Europe.

Il est pourtant possible d'éviter les traumatismes et de promouvoir la sécurité. En outre, un nombre croissant de données scientifiques viennent prouver l'efficacité des stratégies de prévention et ce, quelle qu'en soit la cause. Ces stratégies peuvent être appliquées à des populations ou à des groupes à risque afin de réduire les cas de traumatismes non intentionnels et de violence, et d'en limiter leur impact sur la santé.

Le secteur de la santé peut jouer un rôle central non seulement en dispensant des soins et en soutenant les victimes, mais aussi en veillant à ce que la prévention des traumatismes non intentionnels et de la violence ainsi que la sensibilisation à ces problèmes constituent des priorités de la santé publique. Il doit également élaborer des plans de prévention en partenariat avec d'autres secteurs, l'ensemble des pouvoirs publics et de la société. Il importe de susciter un changement des valeurs de manière à faire de la sécurité un domaine prioritaire des politiques sanitaires et sociales.

Le présent document vise les objectifs suivants : mettre en évidence la charge et les coûts imputables aux traumatismes dans la Région ; expliquer les principaux défis et l'action menée par le secteur de la santé ; et indiquer la voie à suivre par l'adoption d'une stratégie de santé publique permettant de réduire la charge suscitée par un problème qui peut être très facilement évité.

Sommaire

	<i>Page</i>
Introduction	1
Objectifs du document	1
Méthodologie et processus adoptés pour la rédaction de ce document.....	2
Charge et tendances	2
La charge.....	2
Les coûts des soins de santé.....	3
Les coûts sociaux	4
Les tendances	4
Prévenir les traumatismes et relever les défis : l’action du secteur de la santé	5
Prévention	5
Les soins de santé.....	6
Les défis	6
Coordination des activités de prévention et des interventions à l’adresse des victimes de traumatismes non intentionnels et de violence.....	7
Engagements politiques existants.....	8
Un cadre d’action	8
Références	11

Introduction

1. Les traumatismes, quelle qu'en soit l'origine, ont un impact très important sur la santé et les services qui dispensent des soins et aident les victimes (1). Il constituent non seulement l'une des principales causes de décès prématurés et d'invalidité dans la Région, mais se traduisent aussi par des coûts élevés pour la société (2). Le secteur de la santé peut jouer un rôle primordial dans la lutte contre ce fléau, non seulement en dispensant des soins et des services aux victimes, mais aussi en plaçant la prévention et la sensibilisation à ces problèmes au centre de ses activités de santé publique. Il doit également créer des partenariats avec d'autres secteurs ainsi qu'à tous les niveaux des pouvoirs publics et de la société.

2. On entend par traumatisme toute blessure physique au corps humain soudainement exposé à une énergie dont la force dépasse le seuil de tolérance physiologique. Elle peut aussi être causée par l'absence d'un ou de plusieurs éléments vitaux. En général, les traumatismes se définissent par la présence ou non d'une intention. Les principales causes des traumatismes non intentionnels sont les accidents de la route, l'intoxication, la noyade, les chutes et les brûlures. Les traumatismes intentionnels, quant à eux, sont le résultat d'actes de violence, même si ces actes (par exemple, les menaces) ne provoquent pas tous de traumatismes (1). On entend par violence l'utilisation intentionnelle de la contrainte ou de la force physiques, réelles ou imposées par la menace, contre soi-même, une autre personne, ou un groupe ou une population donnée, qui provoque traumatismes, décès, dommages psychologiques, problèmes de développement ou privation. La violence se catégorise de la manière suivante : infligée à soi-même (suicide, blessures), collective (conflits armés, bandes organisées) et interpersonnelles (enfants, partenaires, personnes âgées, amis, connaissances, personnes inconnues) (3). Dans ce document, nous avons décidé d'utiliser le terme « traumatismes » à la fois pour les traumatismes non intentionnels et les actes de violence.

3. En 2002, on estimait à 5,1 millions le nombre de décès causés par les traumatismes dans le monde, soit 9 % de la mortalité totale (1, 2, 3). La même année, le nombre de décès dus aux traumatismes dans la Région européenne était estimé à 800 000, soit 8,3 % de la mortalité totale enregistrée dans la Région. Les traumatismes touchent particulièrement les jeunes et constituent l'une des principales causes de décès prématurés et des années vécues avec une invalidité chez les sujets de 0 à 44 ans.

4. Les traumatismes peuvent être évités et leurs conséquences atténuées. Il existe de nombreuses stratégies efficaces de lutte contre plusieurs causes spécifiques de traumatismes ciblant les groupes à risque et limitant les conséquences pour les victimes. L'adoption de programmes visant la promotion de la sécurité et impliquant les parties prenantes à tous les niveaux de la société peut contribuer à la diminution des traumatismes et de la violence ainsi qu'améliorer la perception que chaque individu ou qu'une population donnée peuvent avoir de la sécurité (4).

5. Malgré le fait qu'ils puissent être évités, les traumatismes sont la troisième cause principale de mortalité dans la Région après les maladies cardiovasculaires et les cancers. Il est nécessaire de mener une action concertée en matière de santé publique afin de diminuer, dans la Région, la perte quotidienne et inexorable de vies humaines ainsi que les souffrances et les coûts élevés que les traumatismes causent à la société.

Objectifs du document

6. Le présent document vise les objectifs suivants :

- attirer l'attention sur l'importance de la charge des traumatismes et des coûts engendrés dans la Région ;
- expliquer les principaux défis ainsi que l'action du secteur de la santé ; et
- indiquer la voie à suivre par l'adoption d'une stratégie de santé publique permettant de réduire la charge suscitée par un problème présentant des possibilités de prévention.

Méthodologie et processus adoptés pour la rédaction de ce document

7. Le présent document a été rédigé en consultation avec les responsables des centres collaborateurs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) chargés des traumatismes, des experts de différents pays, les programmes concernés du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ainsi que le département Prévention de la violence et des traumatismes du Siège de l'OMS à Genève. En outre, des collaborateurs nationaux des ministères de la Santé chargés de la prévention de la violence et des traumatismes, le secrétariat et les membres du Groupe de travail sur les accidents et les blessures de la Commission européenne et des représentants d'organisations intergouvernementales et non gouvernementales concernées ont été conviés à soumettre leurs commentaires. Une version préliminaire de ce document a été également publiée sur le site Web du Bureau régional consacré à la prévention de la violence et des traumatismes. Les observations reçues avant le 31 mai 2005 ont été intégrées au document final.

Charge et tendances

La charge

8. Selon des données de l'OMS, des presque 800 000 décès imputables aux traumatismes enregistrés en 2002 dans la Région (soit 8,3 % de la mortalité totale), 534 000 étaient dus à des traumatismes non intentionnels et 257 000 à des traumatismes intentionnels ou à des actes de violence. Trois causes majeures concourent à près de 50 % de la mortalité totale due aux traumatismes : les suicides (164 000), les accidents de la route (127 000) et les intoxications (110 000). Pour chaque décès imputable aux traumatismes, il convient de mentionner les centaines d'individus qui souffrent d'invalidités physiques ou mentales non mortelles, souvent durant toute leur vie. Cependant, et à part les données relatives à la mortalité, les informations sur l'impact sanitaire des traumatismes non intentionnels et des actes de violence ne font que rarement l'objet d'une collecte systématique de part et d'autre de la Région. Cette carence d'informations et de visibilité rend difficiles l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action appropriés dans les différents pays. Le système EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance) fournit cependant un certain nombre de données sur la morbidité inhérente aux traumatismes non intentionnels dans l'Union européenne (UE) avant l'adhésion des 10 nouveaux pays en mai 2004. Selon ces estimations, sur les 40 millions de traumatismes non intentionnels induits chaque année entre 1998 et 2000, 25 millions étaient dus à des accidents domestiques ou provoqués lors d'activités de loisirs. On notera également que 5 millions de personnes ont été hospitalisées et 130 000 sont décédées (5). Tout cela vient renforcer le fait que les traumatismes constituent un important problème de soins de santé ainsi qu'un défi à la santé publique.

9. La charge des traumatismes n'est pas également répartie en Europe : les pays à revenu moyen et faible, surtout dans la partie orientale de la Région, connaissent les taux de mortalité parmi les plus élevés du monde, alors que les pays à revenu élevé font généralement état des taux les plus bas. C'est particulièrement vrai pour certaines causes de traumatismes telles que les intoxications, qui sont relativement moins fréquentes dans les pays les plus riches. Cependant, on observe des disparités notoires même dans les pays à revenu élevé, les groupes économiquement et socialement vulnérables étant relativement exposés à davantage de risques. Au Royaume-Uni, par exemple, les enfants de la classe socioéconomique la plus défavorisée courent 3,5 fois plus de risques de mourir à la suite d'un accident de la route que leurs congénères de la classe la plus favorisée (6). Il existe également des disparités entre groupes d'âges et entre hommes et femmes. En effet, 75 % des décès imputables aux traumatismes concernent des sujets masculins. Les traumatismes affectent aussi de manière disproportionnée les jeunes et les adultes de moins de 45 ans. Ils constituent l'une des principales causes de la perte de vie productive, de l'enchérissement des soins de santé et des niveaux non négligeables d'invalidité. Les traumatismes provoquent aussi une perte importante d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) et concourent à 14 % de la totalité des AVCI perdues en Europe. Alors que la violence peut induire des traumatismes mortels (par exemple, les homicides constituent la cinquième cause principale de décès dus aux traumatismes dans la Région), d'autres formes de violence comme la violence psychologique et sexuelle (par exemple, la maltraitance des enfants, la violence infligée au

partenaire intime ou les actes de violences envers les amis, les connaissances ou les personnes inconnues) sont plus difficiles à évaluer par une surveillance systématique. Leur charge reste souvent inconnue, sauf lorsque des enquêtes ont été réalisées à ce sujet (3). Dans le cas de la violence infligée au partenaire intime, outre les lésions physiques, les études ont mis en lumière la prévalence élevée de problèmes de santé mentale et génésique ainsi que de comportements néfastes en matière de santé (7).

10. En 2002, environ 26 000 enfants âgés de moins de 15 ans ont succombé à des traumatismes dans la Région européenne, ce qui équivaut à environ 70 décès par jour ou d'environ 3 par heure. Les enfants sont particulièrement vulnérables : les accidents de la route constitue la principale cause de mortalité chez les enfants de 5 à 14 ans, suivis par les maladies des voies respiratoires inférieures et la noyade (troisième cause principale de mortalité), en particulier dans les pays à revenu moyen et faible de la Région. La mortalité ne constitue que la partie émergée de l'iceberg. En effet, les traumatismes peuvent avoir des conséquences physiques et psychologiques à long terme chez les enfants ainsi que de graves répercussions sanitaires à un âge plus avancé. Celles-ci peuvent être difficiles à évaluer par une collecte systématique d'informations. Les enfants sont aussi vulnérables à la violence, celle-ci provoquant chaque année presque 3 000 décès dans la Région européenne. Le secteur de la santé a un rôle primordial à jouer dans le dépistage précoce de la violence infligée aux enfants. Si la maltraitance, quelle soit physique, sexuelle ou psychologique, peut être difficile à détecter, ses conséquences sont néanmoins durables (3). Par exemple, l'exposition à la maltraitance est associée à un risque 4 à 12 fois supérieur d'alcoolisme, de toxicomanie, de dépression et de tentatives de suicide à un stade plus avancé de l'existence (8).

11. La prévalence élevée de traumatismes chez les individus âgés constitue un nouvel enjeu. Les chutes représentent un problème particulier, et les personnes plus âgées qui en sont les victimes (ou souffrent d'autres traumatismes) doivent rester hospitalisées plus longtemps et connaissent une mortalité plus élevée de par leur état fragile. Même si les plus de 60 ans constituent 18,6 % de la population de la Région, 28,2 % de la mortalité totale imputable aux traumatismes concernent ce groupe d'âge. D'ici l'année 2050, la proportion de la population âgée de 65 ans et plus en Europe atteindra 28 % selon les estimations, et le problème risque donc de s'accroître (9).

Les coûts des soins de santé

12. D'après le résultat de recherches réalisées aux États-Unis, aux Pays-Bas et en Suède, pour chaque décès des suites d'un traumatisme, on estime en moyenne que 30 personnes sont hospitalisées et 300 nécessitent une consultation externe dans le cadre de soins hospitaliers d'urgence (10). Des données récentes indiquent une tendance similaire en Grèce : 1 décès pour 34 admissions et 340 consultations aux urgences (11). Cette situation se traduit non seulement par un enchérissement des coûts de santé, mais fait aussi peser des contraintes supplémentaires sur des ressources déjà bien utilisées. Les données relatives aux coûts de santé engendrés par les traumatismes ne sont généralement pas disponibles dans la Région. Selon des estimations réalisées dans l'UE avant l'élargissement de mai 2004, les hospitalisations dues aux traumatismes provoqués par des accidents domestiques ou lors d'activités de loisirs ont coûté environ 10 milliards d'euros en 1999, ce qui équivaut à 5,2 % des dépenses totales consenties aux services aux patients hospitalisés (12). Les coûts de santé attribuables aux traumatismes et aux actes de violence provoqués dans la Région, pris dans leur ensemble, sont donc importants. Selon plusieurs estimations approximatives, les coûts engendrés par le traitement des traumatismes mortels seraient de l'ordre de 1 à 6 milliards d'euros¹. Le traitement des traumatismes non mortels coûterait entre 80 et 290 milliards d'euros (13)². Les écarts importants enregistrés sont le fait d'analyses de sensibilité qui traduisent les incertitudes en matière d'attribution des coûts des soins de santé aux traumatismes dans l'ensemble de la Région. Malgré ces contraintes méthodologiques, les résultats indiquent que les coûts

¹ Analyse de sensibilité, avec coût moyen estimé des soins de santé variant entre 1 250 et 7 250 euros par traumatisme mortel dans la Région, et calculé sur la base de 800 000 décès par an dans la Région.

² Analyse de sensibilité, avec coût moyen estimé des soins de santé variant entre 4 800 et 12 000 euros par traumatisme non mortel dans la Région, et calculé sur la base de 16 millions de traumatismes non mortels par an dans la Région.

de santé encourus pour le traitement des traumatismes sont particulièrement élevés, et que le recours à des stratégies efficaces de prévention aurait l'avantage de réduire les coûts consentis au secteur de la santé ainsi qu'à la société au sens large. La plupart de ces stratégies préventives recourent plusieurs secteurs et pour réaliser une évaluation complète de ces programmes en termes de coûts et d'avantages, il importe d'en comprendre la dimension sociale.

Les coûts sociaux

13. Les coûts économiques des traumatismes non intentionnels et des actes de violence sont considérables, et l'on a seulement commencé à les identifier. Ces estimations sont aussi influencées par d'importantes questions d'ordre méthodologique, comme par exemple les différentes valeurs monétaires attribuées à une vie, qui peuvent être parfois 10 fois supérieures entre les pays de la Région. Malgré ces contraintes, l'estimation des coûts économiques joue un rôle majeur dans la définition des priorités de prévention. Les résultats de la recherche semblent indiquer que les pertes accusées par les traumatismes imputables aux accidents de la route représentent 1 à 3 % du produit intérieur brut (PIB) des pays de la Région (13). Les coûts économiques estimés des accidents de la circulation dans l'UE étaient de l'ordre de 180 milliards d'euros (environ 2 % du PIB) avant l'élargissement de mai 2004. En revanche, dans les économies en transition d'Europe centrale et orientale, les coûts annuels moyens dus aux accidents de la route représentaient plus ou moins 1,5 % du produit national brut, soit environ 9,9 milliards de dollars des États-Unis (14). Une grande partie de ces coûts sont attribuables aux traumatismes engendrant d'importantes dépenses en termes de soins médicaux et de perte de productivité. Dans certains pays, il existe des estimations économiques pour les traumatismes non intentionnels d'origine domestique. Au Royaume-Uni, par exemple, les coûts annuels pour la société sont estimés à 36 milliards d'euros (15). En ce qui concerne la violence, la Région ne dispose que de très peu de données (16). Des recherches réalisées en Angleterre et au pays de Galles ont permis d'estimer les coûts totaux annuels imputables aux actes criminels à 63,8 milliards de dollars. Soixante-trois pour cent de cette somme, soit 40,2 milliards de dollars, sont attribuables à la violence, notamment, les homicides, les lésions physiques et les agressions sexuelles. Ces estimations tiennent compte des coûts directs (police, appareil judiciaire et services de santé) et indirects (perte de production, coûts physiques et psychologiques) (17). Malgré ces chiffres surprenants, ces évaluations économiques restent en deçà des coûts réels que les traumatismes représentent pour la société. Elles ne tiennent pas compte, en effet, des souffrances causées aux familles et aux réseaux d'aide sociale aux victimes, ainsi qu'aux populations, dans les lieux de travail et dans les écoles. Davantage de recherches sont nécessaires pour améliorer l'évaluation économique des traumatismes non intentionnels et de la violence.

Les tendances

14. La mortalité imputable aux traumatismes est à la hausse depuis les années 90 dans les 15 pays de l'UE d'avant l'élargissement de mai 2004 ainsi que dans les pays du Sud-Est de l'Europe. En revanche, si les pays Baltes et les nouveaux États indépendants (NEI) ont connu une très forte augmentation de cette mortalité entre 1990 et 1994, la tendance s'est renversée par la suite, pour reprendre des proportions alarmantes à partir de 1999. Cette tendance à la hausse dans certains des pays en transition est probablement due à une toute série de facteurs, dont le développement des transports motorisés, l'aggravation de l'inégalité des fortunes, de l'augmentation du chômage, de la diminution du capital social, de la libéralisation de la vente d'alcool ainsi que des carences en matière de réglementation et d'application des lois (18).

Prévenir les traumatismes et relever les défis : l'action du secteur de la santé

Prévention

15. Les traumatismes peuvent être évités. Les bases factuelles prouvant l'efficacité de stratégies prometteuses et avérées sont de plus en plus nombreuses, qu'elles s'appliquent à la lutte contre les traumatismes non intentionnels ou contre la violence. Ces stratégies peuvent être mises en œuvre afin de contrer spécifiquement les causes préoccupantes de traumatismes et cibler les groupes à haut risque.

16. En ce qui concerne les traumatismes imputables aux accidents de la route, des stratégies efficaces de prévention ont été mises en évidence dans le *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation* ainsi que dans le document intitulé *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Il s'agit notamment des mesures suivantes : limitations de vitesse et accroissement des conditions de sécurité pour les usagers de la route vulnérables, augmentation de la sécurité des infrastructures routières, utilisation obligatoire du casque pour les motocyclistes, des ceintures de sécurité et des sièges pour enfants dans les voitures, ainsi que la fixation et l'application de limites légales de concentration d'alcool dans le sang (13, 19). En outre, des politiques durables en matière de transports et d'urbanisme doivent être élaborées de manière à inclure la sécurité routière et l'adoption d'autres moyens de déplacement tels que la marche à pied, la bicyclette et les transports publics. Ces mesures ne permettront pas seulement de réduire l'exposition aux accidents de la circulation, mais aussi d'atténuer les autres effets importants d'une dépendance trop grande aux transports motorisés sur la santé publique, comme la pollution sonore et atmosphérique, ainsi que la sédentarité qui est aussi l'une des principales causes de l'obésité. En ce qui concerne les autres traumatismes non intentionnels, nous mentionnerons les interventions suivantes : emballages et récipients à l'épreuve des enfants et entreposage en meilleure sécurité afin d'éviter empoisonnements et intoxications ; centres antipoisons pour une meilleure prise en charge a posteriori, prévention de la production d'alcool impur et de l'accès à ces boissons afin d'éviter les intoxications chez les adultes ; modification des habitations pour éliminer les risques et exercices pour empêcher les chutes chez les personnes âgées ; construction d'un revêtement approprié des sols dans les aires de jeu, installation de traverses aux fenêtres et de barrières de sécurité dans les escaliers de manière à éviter les chutes chez les enfants ; construction de clôtures autour des piscines et d'autres points d'eau, recrutement de maîtres nageurs et mise à disposition de dispositifs personnels de flottaison pour réduire les risques de noyade ; détecteurs de fumée, vêtements ininflammables et surfaces de cuisson installées à une hauteur suffisante pour garantir la prévention des brûlures (20). La mise en œuvre de ces interventions rentables permettrait de réduire considérablement la mortalité et la morbidité. Leur priorité pourrait être mieux établie si des informations détaillées étaient disponibles sur la nature précise des dangers rencontrés à la maison, sur les lieux de travail et dans d'autres contextes, ainsi que sur le degré d'exposition à ces risques. Des données plus précises quant à l'activité menée au moment du traumatisme s'avèreraient également utiles.

17. La violence est souvent considérée comme une composante inévitable de la vie humaine. Elle est provoquée par des événements qui, à défaut d'être évités, doivent faire l'objet d'interventions. Le *Rapport mondial sur la violence et la santé* a voulu bouleverser les idées reçues et a démontré que la violence pouvait être prévue et qu'elle constituait un problème sanitaire évitable. Plusieurs stratégies efficaces de prévention ont été mises en évidence : interventions au niveau de l'individu (programmes d'éducation préscolaire ou de renforcement des capacités, mesures d'encouragement pour finir les études secondaires), au niveau relationnel (visites à domicile, informations, conseils et soutien aux parents), au niveau des collectivités (mesures visant à limiter la disponibilité des boissons alcoolisées, amélioration des politiques institutionnelles relatives aux écoles, aux lieux de travail, aux hôpitaux et aux établissements résidentiels) et au niveau social (campagnes d'information au public, accès limité aux armes à feu, par exemple, ou à d'autres moyens nuisibles, réduction des inégalités et renforcement de la police et des systèmes judiciaires) (3).

18. Le secteur de la santé peut jouer un rôle important non seulement dans la dispensation de services de soins et de soutien aux victimes, mais aussi dans la prévention primaire en préconisant,

notamment, des stratégies s'inspirant de bases factuelles. À titre d'exemple, au Royaume-Uni, la British Medical Association, la Casualty Surgeons Association, le Royal College of Surgeons, la British Paediatric Association et le Child Accident Prevention Committee (désormais appelé Child Accident Prevention Trust) ont tous joué un rôle central dans la formation de la coalition qui, par la suite, a aidé à instaurer l'utilisation obligatoire de la ceinture de sécurité à l'avant des véhicules dans le Transport Act 1981 (21).

19. Il importe de mentionner que la mise en œuvre d'interventions rentables peut avoir souvent des effets rapides et visibles sur la réduction de la mortalité et de morbidité. En France, par exemple, on a observé une réduction de 34 % de la mortalité imputable aux accidents de la route sur une période de deux ans (2002–2004) après la mise en place de mesures de prévention (limitations de vitesse, port de la ceinture de sécurité et lutte contre l'ivresse au volant). De telles mesures sont le fruit d'une forte mobilisation des responsables politiques, et le secteur de santé y a très largement contribué (22).

Les soins de santé

20. Le secteur de la santé offre des soins aux victimes de traumatismes non intentionnels et intentionnels. Il s'agit notamment de soins primaires et, pour les traumatismes plus graves, de soins préhospitaliers d'urgence dispensés par les ambulanciers, de soins aigus en services d'urgence et dans les hôpitaux, et de réadaptation et de réinsertion des victimes. Les bases factuelles émanant de plusieurs pays à revenu élevé laissent supposer que l'amélioration des soins en traumatologie a permis une diminution d'environ 30 % de la mortalité (23). On dispose de peu de rapports ou de documents faisant état de résultats similaires dans d'autres pays de la Région, et l'on aurait beaucoup à gagner si les stratégies adoptées en traumatologie s'inspiraient davantage des bases factuelles.

21. Les problèmes de qualité observés dans la dispensation des soins aux victimes, surtout en traumatologie sont dus à plusieurs facteurs, à savoir : a) expérimentation très inadéquate des interventions de traumatologie par rapport aux interventions menées dans d'autres domaines, comme les maladies cardiovasculaires ou les cancers (24) ; b) insuffisance de bases factuelles relatives à l'efficacité des différentes démarches adoptées dans l'organisation des soins en traumatologie (25) ; c) investissement beaucoup trop modeste consenti à la recherche par rapport à l'ampleur même du problème (26) ; et d) investissement insuffisant consenti à l'élaboration de services et au développement des ressources humaines. Il existe donc, au sein de la Région (aux niveaux international et national), des disparités dans la manière dont les soins en traumatologie sont dispensés et eu égard à la qualité des services offerts. Si la qualité des soins était systématiquement évaluée et améliorée, on pourrait sauver des vies et éviter des invalidités et l'apparition d'effets négatifs à long terme sur la santé.

Les défis

22. Bien que les traumatismes aient un impact important sur la santé publique et les services sanitaires, l'attention qui leur est traditionnellement accordée n'est pas à la hauteur du problème qu'ils représentent. Cette incapacité de reconnaître l'importance des traumatismes et d'en faire une priorité de la santé publique est à l'origine de plusieurs carences auxquelles une solution doit être trouvée :

- sensibilisation insuffisante quant à la véritable ampleur du problème ;
- sensibilisation insuffisante quant au caractère évitable des traumatismes ;
- réticence à s'engager et à assumer un rôle pilote étant donné la nature multisectorielle des interventions nécessaires (qui doivent aussi impliquer certains secteurs tels que les transports, la justice, l'enseignement, les affaires sociales et le logement) ; et
- attention insuffisamment accordée aux soins en traumatologie s'inspirant de bases factuelles (services préhospitaliers, hospitaliers et de réadaptation).

23. Les conséquences :

- manque général de visibilité et d'engagement politique eu égard au problème ;
- allocation insuffisante de ressources humaines et financières pour amplifier les interventions de la santé publique dans ce domaine, notamment eu égard à la prévention, à la promotion de la sécurité et à la collaboration intersectorielle ;
- collecte inadéquate d'informations permettant de définir l'ampleur et les conséquences des traumatismes non mortels et d'évaluer l'efficacité des programmes ; ces informations pourraient être utiles aux responsables politiques et au public afin de mieux cerner les problèmes et les solutions ;
- capacité insuffisante de mener des interventions efficaces en termes de prévention, de soins et de réadaptation ;
- adoption d'une stratégie fragmentée vis-à-vis de la violence et des traumatismes non intentionnels et devant être remplacée par une approche coordonnée ; et
- besoin d'optimiser la qualité des soins en traumatologie tout au long du continuum (en pré-hospitalier, en hospitalier et durant la phase de réadaptation) en améliorant les bases factuelles, les capacités et l'organisation des services de traumatologie.

Coordination des activités de prévention et des interventions à l'adresse des victimes de traumatismes non intentionnels et de violence

24. Afin de relever ces défis, une importante démarche stratégique consiste à coordonner les activités visant à contrecarrer la violence et les traumatismes non intentionnels. Les raisons sont multiples :

- a) sensibilisation plus efficace en mettant en exergue l'ampleur des problèmes ainsi que les solutions que peuvent éventuellement appliquer les responsables politiques ;
- b) possibilité d'utilisation de la synergie suscitée par la mise en place de stratégies communes pour la surveillance hospitalière et les enquêtes menées au niveau des populations ;
- c) similarité des déterminants (économiques, sociaux, politiques, environnementaux, etc.) et de facteurs de risque sous-jacents (alcool, drogue, etc.), et leur influence disproportionnée sur les groupes vulnérables de la population ;
- d) démarche multisectorielle requise pour élaborer des programmes s'attaquant aux facteurs de risque communs, tels que l'alcool (l'un des principaux facteurs de risque dans le contexte général des traumatismes non intentionnels et de la violence) ;
- e) démarche de santé publique prévoyant des interventions fondées sur des bases factuelles ainsi qu'une évaluation commune aux deux problèmes ;
- f) prise en considération des mêmes valeurs éthiques (telles que la justice sociale et l'équité) envers les populations vulnérables ;
- g) participation fréquente des mêmes services en cas d'interventions aux victimes des traumatismes non intentionnels et de la violence : par exemple, soins d'urgence pré-hospitaliers et en traumatologie, soins en cas d'intoxication et d'empoisonnement intentionnels ou non (toxicologie), soutien psychologique adéquat aux personnes souffrant de troubles de stress post-traumatique, réadaptation des victimes, organisation de services d'urgence et développement des capacités techniques et institutionnelles.

25. Quelle que soient les causes sous-jacentes des traumatismes, le secteur de la santé est le mieux placé pour apporter de l'aide aux victimes, recenser et favoriser l'adoption de stratégies fondées sur

des bases factuelles, guider les activités de recherche et les innovations en la matière, promouvoir la sensibilisation aux problèmes et collaborer étroitement avec d'autres secteurs pour trouver des solutions, notamment en contribuant à l'intégration des mesures préventives aux politiques de la santé et à celles d'autres secteurs.

Engagements politiques existants

26. Les traumatismes non intentionnels et la violence sont désormais considérés comme en grande partie évitables, et les mesures de prévention sont à l'ordre du jour de toute politique de santé publique, comme en témoigne l'adoption des résolutions suivantes.

- Résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA49.25 sur la prévention de la violence : une priorité pour la santé publique ;
- Résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA56.24 sur la mise en œuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé* ;
- Résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA57.10 sur la sécurité routière et la santé ;
- Résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA57.12 sur la santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux ;
- Résolution du Comité régional EUR/RC54/R3 sur l'environnement et la santé, qui approuve le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe ;
- Résolution du Comité régional EUR/RC53/R7 sur la santé des enfants et des adolescents dans la Région européenne de l'OMS ;
- Résolution du Comité régional EUR/RC51/R4 – rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action européen contre l'alcoolisme, et notamment les suites données à la Conférence ministérielle de l'OMS sur les jeunes et l'alcool ;
- Résolution du Comité régional EUR/RC49/R8 sur le Plan d'action européen contre l'alcoolisme – troisième phase ;
- Résolution du Comité régional EUR/RC49/R4 sur l'environnement et la santé ;
- Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies 58/289 sur l'amélioration de la sécurité routière mondiale.

27. En outre, il existe d'autres engagements pertinents du Conseil de l'Europe, de la Commission européenne et de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, ainsi que d'autres politiques et stratégies européennes de l'OMS y afférentes, telles que le Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000–2005, et la Déclaration et le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe, adoptés lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale (Helsinki, Finlande, 12–15 janvier 2005). Finalement, l'engagement envers les objectifs du Millénaire pour le développement, et en particulier l'objectif n° 4 (réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans d'ici 2015) ne sera pas honoré si l'on n'accorde pas une attention suffisante à la réduction de la mortalité imputable aux traumatismes.

Un cadre d'action

28. Les traumatismes non intentionnels et la violence constituant d'importantes menaces pour la santé publique, des mesures concrètes doivent pas conséquent être prises. Les résolutions adoptées récemment par l'Assemblée mondiale de la santé sur la violence et la santé (WHA56/24) et sur la sécurité routière et la santé (WHA57/10) reconnaissent le caractère multisectoriel de la démarche requise, encouragent le secteur de la santé à coordonner la prévention de la violence et des traumatismes dus aux accidents de la

route, et invitent les États membres à désigner des collaborateurs nationaux et à s'engager à élaborer des plans d'action nationaux. Ces résolutions arrivent non seulement à point nommé : elles inspirent l'élaboration des politiques dans l'ensemble de la Région. Pour alléger la charge suscitée par les traumatismes, il faut un engagement politique à tous les niveaux des pouvoirs publics et, par conséquent, affecter des ressources adéquates à la mise en application des mesures y afférentes. Il importe également de susciter un changement des valeurs de manière à faire de la sécurité et de la prévention contre les traumatismes une prérogative qui relève de la société dans son ensemble, et non plus seulement des individus. En effet, la société doit concerter ses efforts afin de garantir un environnement physique et social plus sûr.

29. L'action politique doit par conséquent être intégrée et coordonnée. La démarche de santé publique adoptée pour la prévention des traumatismes fournit le cadre nécessaire à cette action et définit les principales composantes d'une intervention bien intégrée. Il s'agit en fait de garantir une meilleure surveillance afin de déterminer la charge des traumatismes et les facteurs de risque sous-jacents, d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes rentables de prévention à grande échelle, d'évaluer ces programmes et d'en assurer la suivi, et de favoriser l'action intersectorielle et la création de partenariats.

30. À cette fin, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a l'intention de collaborer étroitement avec les États membres, conformément au cadre d'action et à la stratégie adoptés au niveau mondial. Il fournira un ensemble d'outils et de services adaptés aux besoins spécifiques et aux contextes des différents pays. Les paragraphes suivants proposent une marche à suivre.

31. **Promouvoir l'élaboration de plans nationaux de prévention des traumatismes** en formulant une vision et une stratégie de base plaçant la prévention primaire au centre des activités, le secteur de la santé jouant le rôle de coordinateur entre les différents secteurs. Une telle stratégie devrait se concentrer sur la surveillance, la promotion de pratiques fondées sur les bases factuelles et sensibles aux différences entre les sexes à la fois pour la prévention primaire et les soins d'urgence, l'évaluation, le suivi et la sensibilisation afin de relever les défis posés par les traumatismes, et fournir un cadre cohérent devant inspirer l'action à tous les niveaux des pouvoirs publics (sur le plan national, sous-national, local). Le secteur de la santé devrait favoriser la prise de mesures préventives fondées sur des bases factuelles, guider la recherche et les innovations, et préconiser une démarche de santé publique pour la prévention de la violence et des traumatismes non intentionnels. On dispose de davantage de bases factuelles prouvant l'efficacité de certaines démarches, et le secteur de la santé doit encore déployer de nombreux efforts pour élaborer et mettre en œuvre des programmes de prévention primaire. Il peut notamment s'agir de mesures relativement peu onéreuses susceptibles de produire des résultats très probants à court terme. S'il est préférable de considérer les traumatismes non intentionnels et la violence dans un même contexte (voir la section sur la Coordination des activités de prévention), il ne faut pas oublier que, dans le cas de traumatismes bien particuliers, les interventions doivent cependant être personnalisées et adaptées aux causes, aux populations cibles et aux contextes. Le Bureau régional aidera les États membres dans leurs efforts, notamment en prodiguant des conseils précis pour l'élaboration de politiques nationales visant à lutter contre la violence et les traumatismes.

32. **Améliorer la surveillance des traumatismes non intentionnels et de la violence**, par de meilleures informations sur les différentes causes, les facteurs de risque, les conséquences et les coûts des traumatismes. Il s'agit là d'une condition essentielle si l'on veut en comprendre la charge et ses causes, mettre en place des interventions ciblées, sonder les progrès réalisés et évaluer les programmes spécifiques de prévention et de soins. On pourrait notamment commencer par améliorer les statistiques sur la mortalité dans la Région, et notamment améliorer la communication des données pour spécifier non seulement le type de traumatisme provoqué, mais aussi l'endroit où le traumatisme a eu lieu et l'activité concernée (cf. la *Classification internationale des maladies*, 10^e révision) (27). Afin d'améliorer l'enregistrement des données relatives à la morbidité, on peut notamment se référer aux lignes directrices pour la surveillance des traumatismes en milieu hospitalier (10). Les enquêtes locales, menées au niveau des populations, peuvent constituer une méthode efficace pour définir l'ampleur du problème et les facteurs de risque. Elles peuvent aussi s'avérer particulièrement utiles pour déterminer les niveaux

et les formes de violence qui ne provoquent pas nécessairement des traumatismes (28). Le Bureau régional apportera une aide technique aux États membres dans ce domaine.

33. **Renforcer les capacités nationales pour faire face à la charge des traumatismes.** Il s'agirait de prendre en compte la diversité de la Région ainsi que le besoin de renforcer le rôle et les capacités du secteur de la santé, aux niveaux national et sous-national, en particulier dans les pays à revenu moyen et faible. C'est en tout cas ce qui ressort des consultations organisées avec les collaborateurs nationaux auprès des ministères de la Santé. Le Bureau régional fournira l'aide technique nécessaire au renforcement des capacités par le biais du programme TEACH-VIP (enseignement de la prévention contre la violence et les traumatismes) (29).

34. **Renforcer les capacités nationales de dispensation de services aux victimes de traumatismes** et tenter d'améliorer les soins préhospitaliers et hospitaliers ainsi que la réadaptation des victimes. Le rôle du secteur de la santé et des systèmes sanitaires ainsi que leur capacité d'intervention (c'est-à-dire, la dispensation de soins aux victimes présentant un bon rapport coût-efficacité) doivent être renforcés en favorisant une démarche fondée sur des bases factuelles dans le domaine des soins en traumatologie, qu'il s'agisse de l'organisation de ces soins ou des interventions cliniques. Le renforcement des capacités des services préhospitaliers et de traumatologie d'urgence constitue un problème. Le Bureau régional fournira une aide technique au développement de ces capacités ainsi que des lignes directrices qui pourront, d'ailleurs, inspirer les actions menées dans ce domaine (30, 31).

35. **Préconiser les activités de prévention contre les traumatismes et promouvoir la mise en œuvre de mesures efficaces en ce sens**, telles que celles mentionnées dans la section consacrée à la Prévention. Il s'agirait également d'intégrer ces activités dans les politiques de la santé et d'autres secteurs. À cette fin, il importe de mettre en évidence la charge imputable aux traumatismes, de rendre manifeste la contribution potentielle des différents secteurs aux stratégies de prévention et de définir les possibilités de synergie afin d'optimiser l'utilisation des ressources. Le Bureau régional participera à ces efforts en rendant disponibles les bases factuelles témoignant de l'ampleur du problème et mettant en évidence les possibilités de prévention.

36. **Faciliter l'échange de connaissances et de données d'expérience à travers la Région** en recensant et en diffusant les bonnes pratiques, et en soutenant la création et le développement de réseaux de collaborateurs nationaux pour la prévention de la violence et des traumatismes non intentionnels, et d'autres parties prenantes. À cet égard, nous mentionnerons également les réseaux suivants : la European Child Safety Alliance (Alliance européenne pour la sécurité des enfants), le Réseau EUNESE relatif à la sécurité des personnes âgées, le Réseau européen des Écoles-santé, le Réseau des Villes-santé de l'OMS et l'International Spinal Cord Society. En outre, le Réseau « Safe Community Network » préconise le concept de sécurité au sein des collectivités, un problème universel engageant la responsabilité de tous (32). Le Bureau régional apportera son aide à la collecte et à la diffusion des exemples de bonne pratique, notamment en travaillant étroitement avec le réseau des collaborateurs nationaux pour la prévention de la violence et des traumatismes non intentionnels.

37. **Créer et renforcer les partenariats** avec les parties prenantes de différents secteurs, aux niveaux local, national et international, pour assurer la coordination et promouvoir la synergie dans la lutte contre les traumatismes et en matière d'utilisation des ressources et des compétences disponibles. Au niveau international, il s'agirait de développer la collaboration avec, notamment, la Commission européenne (par l'intermédiaire du Groupe de travail sur les accidents et les blessures), le Conseil de l'Europe, la Conférence européenne des ministres des transports, l'Organisation de coopération et de développement économiques, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, le réseau EUCPN (European Crime Prevention Network) ainsi que les organisations non gouvernementales et les institutions financières internationales actives dans la Région.

38. **Prendre en compte les priorités locales, notamment dans les pays en transition** comme les États baltes, la CEI et les pays du Sud-Est de l'Europe, afin de faire face aux importantes variations en matière de traumatismes et au niveau des tendances observées. La mise en œuvre de solutions rentables au niveau local nécessite de fortes capacités de santé publique. Pareillement, ce genre

d'action exige une forte mobilisation des responsables politiques à tous les niveaux des pouvoirs publics. Le Bureau régional accordera un degré de priorité élevé à la collaboration avec les États membres en transition, notamment en ce qui concerne la sensibilisation à ces problèmes, la surveillance des cas de traumatismes, l'élaboration de plans d'action nationaux et le développement de capacités techniques et institutionnelles afin de lutter contre ce fléau.

39. Reconnaître les lacunes au niveau des connaissances et accorder une priorité à la recherche et au développement dans le domaine de la prévention et des soins en traumatologie.

Une attention particulière doit être accordée à ce domaine de la recherche sanitaire afin de combler les lacunes traditionnelles à cet égard et d'aplanir les disparités existant entre, d'une part, l'investissement consenti à la recherche et, d'autre part, la charge actuelle et prévue imputable aux traumatismes. Des activités de recherches évaluatives sont également nécessaires pour appliquer les interventions à des contextes variés et pour définir au mieux la configuration des services de traumatologie.

40. Répondre aux préoccupations de la société civile en matière de sécurité et collaborer avec cette dernière à la mise en place de programmes de prévention adaptés à différents contextes

(écoles, lieux de travail, environnement domestique, etc.) et visant particulièrement les groupes vulnérables et à haut risque. Le Bureau régional continuera à renforcer sa collaboration avec les organisations non gouvernementales concernées et la société civile. Il s'agira de fournir du matériel fondé sur des bases factuelles pour la sensibilisation aux problèmes et de collaborer dans le cadre de partenariats afin d'apporter un soutien politique à la prévention des traumatismes.

Références³

1. Krug E, Sharma G, Lozano R. The global burden of injuries. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:523–526.
2. Peden M, McGee K, Krug E, eds. *Injury: A leading cause of the global burden of disease, 2000*. Geneva, World Health Organization, 2002, (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562323.pdf>).
3. Krug E et al, eds. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf).
4. Welander G, Svanström L, Ekman R. *Safety promotion – an introduction*, 2nd ed. Stockholm, Karolinska Institute, 2004, (<http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Books/Safety%20Promotion%20an%20Introduction%202004%20Book%20incl%20pictures.pdf>).
5. Institut Sicher Leben. *Vue globale des données européennes sur les blessures domestiques et de loisirs*. Vienne, Sicher Leben, 2004, (http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2000/injury/fp_injury_2000_exs_16_fr.pdf).
6. Roberts I, Power C. Does the decline in child injury mortality vary by social class? A comparison of class specific mortality in 1981 and 1991. *British Medical Journal*, 1996, 313:784–786.
7. Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359:1331–1336.
8. Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245–258.
9. World Population Prospects: The 2004 Revision. Population database [online database]. New York, United Nations, 2005, (<http://www.esa.un.org/unpp/>).

³ Tous les sites Web étaient accessibles le 28 juin 2005 (sites en anglais) et le 11 juillet 2005 (sites en français).

10. Holder Y et al, eds. *Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924254583X.pdf>).
11. Petridou E. Injury surveillance in Greece (personal communication).
12. Polinder S et al. *A surveillance based assessment of medical costs of injury in Europe (Phase 2)*. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 2004, (http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/injury/fp_injury_2002_inter_10_en.pdf).
13. Racioppi F et al. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004, (<http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>).
14. Jacobs G, Aeron-Thomas A, Astrop A. *Estimating global road fatalities*. Crowthorne, Transport Research Laboratory, 2000, (http://www.transport-links.org/transport_links/filearea/publications/1_329_TRL445.pdf).
15. *HASS 23rd Annual report*, London, DTI, 2002, (<http://www.dti.gov.uk/homesafetynetwork/hass/1-27.pdf>).
16. Waters H et al. *The economic dimensions of interpersonal violence*. Geneva, World Health Organization, 2004, (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591609.pdf>).
17. Brand S, Price R. *The Economic and Social Costs of Crime*. London, Home Office 2000 (Home Office Research Study 217), (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors217.pdf>).
18. Koupilova I et al. *Injuries*. In: Tamburlini G, Ehrenstein OV, Bertollini R, eds. *Children's health and environment: a review of evidence*. Copenhagen, World Health Organization and European Environment Agency, 2002:130–140 (Environmental issue report No 29.) (http://reports.eea.eu.int/environmental_issue_report_2002_29/en/eip_29.pdf).
19. Peden M et al. *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world_report/fr/index.html).
20. *How can injuries in children and older people be prevented?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004, (<http://www.euro.who.int/Document/E84938.pdf>).
21. Breen, J. Road safety advocacy. *British Medical Journal*, 2004, 328:888–890, (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/bmj;328/7444/888>).
22. Chapelon J. *France: recent developments in road safety*. Paris French National Observatory of Road Safety, 2004, (<http://www.securiteroutiere.gouv.fr/IMG/pdf/FRD1.pdf>).
23. Lecky F, Woodford M, Yates DW. Trends in trauma care in England and Wales 1989–97. UK Trauma Audit and Research Network. *Lancet*, 2000, 355:1771–1775.
24. Sauerland S, Maegele M. A CRASH landing in severe head injury. *Lancet*, 2004, 364:1291–1292.
25. Sethi D et al. Advanced trauma life support training versus basic life support training. *Cochrane Review*. The Cochrane Library, 2001.
26. Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. *Investing in Health Research and Development*. Geneva, World Health Organization, 1996, (http://www.who.int/tdr/publications/publications/investing_report.htm).
27. International statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision. Geneva, World Health Organization, 2003, (<http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>).
28. Sethi D et al. *Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence*. Geneva, World Health Organization, 2004, (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546484.pdf>).

29. Training, educating and advancing collaboration in health on violence and injury prevention, Geneva, World Health Organization, 2005, (http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/teachvip/en/).
30. Mock C et al. Guidelines for essential trauma care. Geneva, World Health Organization, 2004, (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546409.pdf>).
31. Sasser S et al. Prehospital trauma care systems. Geneva, World Health Organization, 2005, (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924159294X.pdf>).
32. *European collaboration and development in creating Safe Communities*. European Safe Community Network. (<http://www.safecommunity.net/ESCON>).