



Liens entre la prévention des traumatismes non intentionnels et intentionnels (violence)

Novembre 2015

Ce texte initialement publié en anglais sous le titre *Bridging the gap between the prevention of intentional and unintentional injuries* est inclut dans *Canadian Injury Prevention Resource*, un ouvrage de référence qui fournit une vue d'ensemble sur la prévention des traumatismes non intentionnels et de la violence au Canada¹.

Malgré tous les rapprochements que l'on peut faire entre les traumatismes non intentionnels (TNI) et les traumatismes intentionnels (TI), cela peut paraître à première vue étrange de voir se côtoyer des sujets aussi disparates que la violence intrafamiliale et les traumatismes routiers. Les réseaux de prévention des TNI et TI se sont d'ailleurs développés jusqu'ici au Canada de façon parallèle. Les ressources et l'expertise disponibles s'en trouvent, par conséquent, segmentées avec peu d'opportunité de tirer profit des connaissances développées de part et d'autre. Le présent chapitre vise à présenter un ensemble d'arguments qui militent en faveur d'une plus grande collaboration entre ces deux réseaux et propose un cadre de référence qui pourrait la faciliter.

Sommaire

Prévention des traumatismes non intentionnels et intentionnels : cadre de référence et perspective historique	1
Prévention de la violence et des traumatismes : deux modèles à rapprocher	3
La sécurité un cadre intégrateur	5
Conclusion	6
Étude de cas	7

Prévention des traumatismes non intentionnels et intentionnels : cadres de référence et perspective historique

Les fondements théoriques de l'approche de prévention des traumatismes découlent en bonne partie des travaux menés par quatre chercheurs : Hugh De Haven, John Gordon, James J. Gibson et William Haddon junior². Le plus connu des quatre est sans aucun doute William Haddon qui est considéré par plusieurs comme le père des méthodes modernes de prévention et de contrôle des traumatismes. Ces fondements théoriques incluent une définition des traumatismes (voir encadré) et proposent des outils pour mieux comprendre les traumatismes de même que pour déterminer des stratégies de contrôle³.

Parallèlement, dans le domaine des TI, les principales initiatives se sont faites dans le cadre de programmes de prévention de la violence ou du suicide.

+ Les traumatismes

Les traumatismes sont définis comme des lésions corporelles résultant d'un transfert subit d'énergie qui dépasse les capacités de résistance du corps humain. L'énergie transférée est le plus souvent de nature mécanique (ex. : fracture), mais peut également être de nature thermique (ex. : brûlure), électrique (ex. : électrocution), chimique (ex. : intoxication) ou radiante (ex. : coup de soleil). Fait à noter, les traumatismes peuvent aussi être le résultat d'une privation subite d'énergie ou d'un élément vital (ex. : engelure, noyade, strangulation)⁴. Ce cadre a guidé l'élaboration de beaucoup de programmes d'intervention à travers le monde principalement au regard des TNI, tout d'abord dans le domaine de la sécurité routière et ensuite dans d'autres sphères de l'activité humaine telles que les loisirs et les sports, le travail ou les activités de la vie quotidienne. Le Canada n'a pas échappé à ce courant. C'est ainsi qu'un réseau d'experts en prévention des TNI (par exemple, le Canadian Collaborating Centres for Injury Prevention) s'est développé et des initiatives dans le domaine de la recherche ou de l'intervention y ont été menées.

Ces programmes ont été portés par des réseaux d'experts et d'intervenants (sociologue, psychologue, travailleurs sociaux, etc.) qui avaient relativement peu de liens avec ceux du réseau de la prévention des traumatismes. Ces initiatives portaient principalement sur la violence intrafamiliale ou entre des proches. Elles ciblaient tantôt la maltraitance envers les enfants (lois sur la protection de la jeunesse), tantôt la violence entre partenaires intimes (politiques, plans d'action, etc.). Également, d'autres initiatives visant la prévention du crime ont vu le jour dont le Conseil national de prévention du crime et la Stratégie nationale de prévention du crime⁵. Des organismes de prévention du

suicide ont aussi été créés à l'échelle canadienne (Association canadienne de prévention du suicide) de même que dans chaque région du pays. Ces initiatives reposaient sur des fondements théoriques émanant des différentes disciplines impliquées, sans liens apparents avec le modèle utilisé en prévention des traumatismes.

En vertu du cadre en prévention des traumatismes, la violence (contre autrui et auto-infligée) est considérée comme faisant partie d'une catégorie de traumatismes, soit les traumatismes intentionnels (TI).

Or, en 2002, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sortait un rapport mondial sur la violence et la santé⁷. Tel que décrit dans le chapitre 4.6 du présent document, ce rapport proposait un cadre de référence incluant une définition de la violence (voir encadré)ⁱ, une typologie et un modèle écologique pour comprendre et intervenirⁱⁱ. Comparativement à la définition d'un traumatisme, la définition de la violence proposée par l'OMS va au-delà d'un simple transfert d'énergie ou de la privation d'un élément vital puisqu'elle reconnaît qu'une violence peut également être le résultat d'une menace ou d'un abus de pouvoir. De plus, cette définition fait place à des conséquences qui dépassent la simple lésion corporelle et inclut le dommage psychologique ou moral, le mal développement ou les carences. Enfin, contrairement aux traumatismes qui sont généralement reconnus comme le fait d'un événement subiⁱⁱⁱ, la violence, elle, peut être le fait d'actes répétitifs. En effet, certaines formes de violence comme la maltraitance ne résultent pas d'un acte isolé, mais bien d'une dynamique entre un agresseur et une victime qui se déroule sur un espace temporel plus ou moins long. C'est également le cas de l'intimidation qui est le résultat d'actes répétitifs auprès d'un même individu puisque ce phénomène reflète un schéma comportemental, pas seulement un incident isolé⁸.

i Chapitre 4.2 : Prévention de la violence : principaux leviers pour une action communautaire efficace.

ii Ce rapport concluait sur neuf recommandations dont l'importance d'élaborer un plan d'action national pour prévenir la violence (recommandation 1). Il affirmait également la nécessité de mettre sur pied des mesures de prévention primaire telles que le soutien

aux parents en période périnatale, le développement social des enfants et des adolescents, l'amélioration des infrastructures urbaines sur le plan matériel et économique et les campagnes sociétales pour modifier la norme sociale (recommandation 4).

iii Bien sûr, des lésions corporelles peuvent être produites par des mouvements répétitifs. Ce type de phénomène n'est généralement pas inclus dans le champ de la prévention des traumatismes.

+ La violence

« L'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne, contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence »⁶.

En somme, la présentation de l'énergie comme cause des traumatismes a permis certes de mieux comprendre que ce problème résultait d'une même étiologie, qu'il était modulé par des facteurs prédictibles tout comme les autres problèmes de santé tels que le cancer, les maladies cardiovasculaires et les maladies infectieuses. Il s'agissait toutefois d'un modèle très médical qui pouvait convenir aux intervenants de la santé publique, mais pas nécessairement à ceux du domaine des sciences sociales et des sciences du comportement impliquées dans la prévention de la violence et du suicide. Cette réalité n'a pas toujours facilité le rapprochement entre ceux qui travaillent en prévention des traumatismes et ceux qui travaillent en prévention de la violence.

Prévention de la violence et des traumatismes : deux modèles à rapprocher

Malgré les différences entre les approches de prévention de la violence et des traumatismes il y a de nombreuses raisons pour susciter un rapprochement entre ces deux domaines. Ces raisons ont trait notamment aux nombreux liens existants entre la problématique des TNI et celle des TI (violence). Mentionnons en particulier des conséquences similaires, une frontière imprécise entre ces deux problèmes, la présence de facteurs associés communs et des mesures de contrôle ayant un impact à la fois sur les TNI et les TI.

Des conséquences similaires à bien des égards

Même si, comme présentées plus haut, les approches utilisées dans le domaine des traumatismes et de la violence sont différentes, ces deux problèmes peuvent entraîner chez les victimes des lésions corporelles similaires telles que des lacérations, des fractures, des brûlures, l'anoxie ou le décès^{9, 10}. Également, ils sont susceptibles d'entraîner des conséquences psychologiques non négligeables généralement désignées comme un stress post-traumatique¹¹.

Une frontière souvent très arbitraire, voire incertaine, entre ce qui est intentionnel et non intentionnel

La classification d'un traumatisme selon qu'il est non intentionnel ou intentionnel pose au moins deux types de difficultés. Premièrement, ce que la société considère comme un acte violent peut varier d'une région à l'autre et repose sur un jugement modulé entre autres choses par la norme sociale^{iv}. Par exemple, dans la boxe, le gagnant est souvent désigné comme étant celui qui a réussi à infliger intentionnellement à son adversaire une blessure (souvent une commotion cérébrale) qui l'empêche de se relever. Pourtant, ce type de blessures est généralement classé comme non intentionnel puisque les règles du jeu sont respectées. Le même dilemme se rencontre lorsque des blessures surviennent dans d'autres sports de contact tel que le hockey où la mise en échec est permise et même encouragée.

Deuxièmement, même lorsque nous avons un consensus et une définition claire de ce qui est intentionnel ou non intentionnel, il est souvent très difficile d'établir avec certitude dans quelle classe inscrire un événement faute de pouvoir réunir les indices qui nous permettent de le faire. Par exemple, dans une étude australienne qui analyse des cas de collision de véhicule moteur impliquant un seul occupant, les auteurs soulignent la

^{iv} « Les normes sociales sont des règles ou des modèles de conduite socialement partagés, fondés sur des valeurs communes et impliquant une pression en faveur de l'adoption d'une conduite

donnée, sous peine de réprobation de la part de la société ou du groupe de référence »¹⁴.

difficulté de bien distinguer ce qui est « accidentel » d'un suicide¹². Par ailleurs, Schaechter et ses collaborateurs dans une revue des décès par arme à feu chez les enfants du comté Miami-Dade (USA) concluent que les décès non intentionnels par arme à feu sont sous-déclarés de façon significative en raison de problèmes liés aux critères de classification¹³. Enfin, lorsqu'on examine les décès par intoxication au Canada, la proportion des cas indéterminés quant à l'intention est de 20 %¹⁵. Une telle observation illustre encore une fois à quel point il peut être difficile de classer une blessure quant à l'intention, et ce, même si les concepts sont bien définis^{16, 17}.

La présence de facteurs associés communs

Lorsqu'on analyse les facteurs associés^v aux TNI et TI, plusieurs sont communs aux deux problèmes. Mentionnons entre autres l'alcool, les armes à feu et les produits toxiques.

En ce qui concerne la consommation d'**alcool**, il est démontré depuis longtemps que ce facteur est associé à l'ensemble des TNI¹⁸ allant des noyades¹⁹ jusqu'aux traumatismes routiers^{18, 20, 21}. Ce facteur est également associé à différentes formes de violence¹⁸ et de façon plus spécifique à la violence chez les jeunes, la violence conjugale, les agressions sexuelles et le suicide⁷. Également, il a été démontré que la présence d'**armes à feu** à la maison augmente le risque d'homicide [RR = 2,7]²² et le risque de suicide [RR = 4,7]²³ pour les membres de la maisonnée ainsi que le risque de blessures par une décharge involontaire^{24, 25}. Il en est de même pour la présence de **produits toxiques** ou de **médicaments** qui sont associés aux suicides²⁶ et aux TNI en particulier chez les enfants de 0 à 4 ans²⁷.

Des mesures de contrôle et de prévention qui ont un impact à la fois sur les TNI et les TI

Plusieurs interventions peuvent avoir un impact à la fois sur les TNI et TI. C'est le cas notamment pour les mesures visant à réduire l'accès aux armes à feu²⁵ et l'usage abusif de l'alcool¹⁸. C'est aussi le cas des interventions auprès de parents visant à favoriser le développement de relations sécuritaires, stables et saines entre les parents et les enfants. Ces programmes sont généralement basés sur des visites à domicile par des infirmières en période pré et post natale. Ils sont, depuis longtemps, reconnus comme étant efficaces pour réduire les risques de différentes formes de violence^{28, 29}. Ils sont également reconnus efficaces pour réduire l'avènement de TNI à domicile chez les enfants²⁸.

À l'inverse, il arrive qu'en posant des actions pour se protéger de la violence (TI) ou de ses conséquences, on choisit des moyens qui peuvent représenter un risque accru de TNI. Par exemple, certains organismes vont recommander aux citoyens de se procurer une arme afin de se prémunir contre la violence. Une telle mesure introduit dès lors dans la maisonnée un risque accru de blessures non intentionnelles²⁵. Également, on peut faire l'hypothèse qu'une partie des mouvements des familles de certains centres villes vers la banlieue sont conditionnés par la peur du crime et de la violence. Ces déplacements occasionnent ainsi un étalement urbain avec des conséquences négatives sur le plan de la sécurité routière en raison de l'accroissement du nombre de véhicules en circulation et d'une plus grande exposition de la population à des risques routiers. Enfin, certains pourraient être tentés de préconiser une réduction des taxes pour contrer le trafic illégal de l'alcool³⁰ et la violence qui peut y être associée. Une telle décision serait susceptible d'entraîner dès lors une plus grande accessibilité à l'alcool avec pour conséquences une plus grande consommation et une aggravation du

^v Un facteur est dit associé lorsqu'il s'agit d'une association statistique entre un facteur et la survenue d'un événement. On ne peut pas nécessairement conclure qu'il s'agit d'un facteur causal.

bilan des blessures non intentionnelles liées à la conduite avec facultés affaiblies¹⁸.

Tous ces exemples démontrent bien qu'une même action peut entraîner des effets à la fois sur les TNI et les TI. Ces effets peuvent aller dans le même sens ou aller dans le sens contraire. Il devient dès lors important de considérer l'ensemble des effets potentiels et non seulement les effets sur un seul type de traumatisme.

La sécurité un cadre intégrateur

Les activités de prévention et de contrôle des TNI et TI sont menées par une variété de secteurs dont le transport, la sécurité publique, la santé et les municipalités. Elles font appel à une expertise diversifiée qui relève des sciences de la santé, des sciences humaines, des sciences du génie, etc. Tous ces experts font appel à des modèles d'intervention différents, ce qui, comme on l'a vu plus haut, ne facilite pas l'échange d'expertise et le travail en commun. Pourtant, tous poursuivent un but commun, soit celui d'assurer la sécurité des personnes, ce qui est un besoin fondamental de l'être humain. Ainsi, afin de favoriser une meilleure synergie entre les différents domaines d'expertise et de mieux articuler les efforts faits pour prévenir les TNI et TI, il serait utile de partager un cadre de référence auquel les intervenants de l'ensemble des secteurs d'activités et domaines d'expertise pourront s'identifier.

Sécurité

« La sécurité est un état où les dangers et les conditions, pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel, sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté. C'est une ressource indispensable à la vie quotidienne qui permet à l'individu et à la communauté de réaliser ses aspirations »³¹.

Au Québec, un tel cadre de référence a été élaboré il y a quelques années³¹. Ce cadre propose une définition de la sécurité (voir encadré) qui englobe les enjeux liés aux TNI et aux TI. Elle reconnaît deux dimensions de la sécurité importantes à considérer, soit la dimension

subjective (par exemple la peur du crime) et la dimension objective (par exemple les homicides dans une communauté). De plus, le cadre suggère la présence d'au moins quatre conditions pour assurer la sécurité de la population. Ces conditions sont :

- un climat de cohésion et de paix sociale ainsi que d'équité protégeant les droits et libertés tant au niveau familial, local, national qu'international;
- la prévention et le contrôle des blessures et autres conséquences ou dommages causés par des accidents;
- le respect des valeurs et de l'intégrité physique, matérielle ou psychologique des personnes;
- l'accès à des moyens efficaces de prévention, de contrôle et de réhabilitation pour assurer la présence des trois premières conditions ³¹.

Enfin, ce cadre propose une définition de la promotion de la sécurité (voir encadré) qui fait écho à la définition de la promotion de la santé de la charte d'Ottawa³². Deux approches permettent de promouvoir la sécurité d'une population : l'approche par problème et l'approche par milieu de vie. L'approche par problème consiste en une recherche de solutions spécifiques pour un ou plusieurs problèmes pris individuellement. Dans la deuxième approche, « l'objet de mobilisation [...] n'est plus la solution d'un problème spécifique mais plutôt l'amélioration du niveau de sécurité d'une collectivité »³³. Elle fait appel à une démarche structurée avec la communauté comportant plusieurs étapes dont la mobilisation d'acteurs clés, la détermination d'un diagnostic de sécurité du milieu qui intègre les enjeux liés aux TNI et à la violence (TI) et l'élaboration d'un plan d'action conséquent.



La promotion de la sécurité

« La promotion de la sécurité est un processus que les individus, les communautés, les gouvernements et les autres organisations, incluant les entreprises privées et les organisations non gouvernementales (ONG), appliquent, au niveau local, national, et international pour développer et maintenir la sécurité. Ce processus est composé de tous les efforts consentis pour modifier les structures, l'environnement (physique, social, technologique, politique, économique et organisationnel) ainsi que les attitudes et les comportements ayant trait à la sécurité »³¹.

Ce cadre de référence a été utilisé avec succès au Québec à plusieurs occasions notamment pour bâtir des outils³⁴ à l'intérieur d'un programme de promotion de la sécurité et de prévention du crime et pour soutenir des interventions planifiées au sein d'un programme de prévention des TNI et de la violence dans les cours d'école (voir étude de cas).

Conclusion

Ainsi, de nombreux rapprochements peuvent être faits entre la prévention des TNI et des TI. Une meilleure synergie entre ces deux réseaux permettrait de mieux tirer profit de l'expertise et de l'expérience acquise par ceux qui y travaillent. Ce sera également l'occasion de constituer une plus grande masse critique et des assises plus solides pour justifier les investissements requis. La promotion de la sécurité peut dès lors être proposée comme fil conducteur susceptible de favoriser la collaboration entre ceux qui travaillent dans ces domaines.

Étude de cas

+ La promotion de l'activité physique et de la sécurité dans les cours d'école de la région de Québec

La cour d'école est un milieu de vie pour les jeunes. Ils y passent plusieurs heures par jour en début de journée, le midi, durant les récréations ou en fin de journée. C'est un endroit où les jeunes apprennent à socialiser avec leurs camarades et où ils peuvent s'adonner à une variété d'activités libres ou organisées. Or, les statistiques les plus récentes démontrent que la moitié des jeunes sont inactifs durant les récréations. De plus, il s'avère que le tiers des consultations pour blessures non intentionnelles auprès d'un médecin ou d'une infirmière chez les jeunes de 5 à 12 ans est lié à la pratique d'activités physique dans la cour d'école. Enfin, la cour d'école est l'endroit où les enfants se sentent souvent moins en sécurité en raison de manifestations de violence sous différentes formes (verbale, physique, incivilités, intimidation, etc.).

Face à ces constats, les autorités de santé publique de la région de Québec, de concert avec les intervenants du milieu scolaire, ont jugé important d'intervenir pour favoriser la pratique sécuritaire d'activités physiques et l'adoption de comportements pacifiques par les jeunes dans la cour d'école. Une offre de service a été élaborée pour soutenir le milieu scolaire. Cette offre est basée sur une vision de la sécurité qui intègre à la fois la problématique des traumatismes non intentionnels et intentionnels. Elle cible principalement l'aménagement et l'animation de la cour d'école et propose un processus, des outils, des sessions de formation et un accompagnement. Le processus implique les intervenants du milieu scolaire, du milieu de la santé et les parents et il prévoit l'organisation de trois rencontres.

La première rencontre vise à présenter la vision, la démarche proposée de même que les outils et le type d'accompagnement offert. C'est à ce moment qu'une discussion est initiée avec le milieu pour mieux comprendre ses préoccupations et ses besoins spécifiques au regard de la cour d'école. La deuxième rencontre consiste à mettre en place un comité « Cour d'école ». Ce comité est composé de différentes catégories de professionnels de l'école (ex. : éducateur spécialisé, éducateur physique, technicienne spécialisée en service de garde, directeur). Selon certains enjeux spécifiques, des parents et des représentants de la municipalité peuvent être appelés à y participer. La troisième rencontre consiste à réaliser un diagnostic situationnel par le biais de l'analyse des rapports d'accidents, des plaintes formulées et d'observations directes. Ces trois rencontres permettent de proposer un certain nombre de priorités d'actions à réaliser au cours de l'année scolaire afin de favoriser la pratique de l'activité physique et la sécurité des jeunes.

Plusieurs écoles de la région de Québec ont bénéficié de cette approche. Par exemple, l'école PM (nom fictif) accueille 300 élèves du niveau primaire. Après la diffusion de l'offre de services dans la région, la direction a contacté les autorités de santé afin d'initier un processus visant à rendre la cour d'école plus sécuritaire et plus propice à la pratique d'activités physiques. Au terme des trois rencontres prévues au processus, un diagnostic a permis de constater un problème d'encadrement et d'animation des élèves durant la période du midi, une utilisation anarchique de la cour d'école, la survenue de blessures liées à l'usage d'un module de jeu, des comportements hostiles entre certains élèves ainsi que la présence d'intrus sur l'heure du midi. À la lumière de ce diagnostic, un plan d'action a été élaboré pour l'année scolaire. Ce plan comportait plusieurs actions ayant trait à la mobilisation du milieu (ex. : maintenir le comité « Cour d'école » pour assurer la mise en œuvre du plan d'action), à l'organisation de la cour d'école (ex. : développer un programme d'activités pour le midi, développer et diffuser un croquis répartissant les différentes aires de jeu selon l'âge et le type d'activités), à son aménagement (ex. : augmenter la capacité d'absorption des surfaces sous l'un des appareils de jeux), à son animation et à l'encadrement offert aux élèves pour leur protection (ex. : recruter et former des jeunes leaders, mieux identifier le personnel d'encadrement, développer et communiquer un code d'éthique à respecter dans la cour d'école, activités de surveillance à l'égard des intrus).

Références

- Pike, I., Richmond, S., Rothman, L. et Macpherson, A. (Eds.) (2015). *Canadian injury prevention resource. An evidence-informed guide to injury prevention in Canada*. Parachute. <http://www.parachutecanada.org/cipr>
- Waller, J. A. (1989). Injury Control in Perspective. *American Journal of Public Health*, 79(3), 272-273.
- Haddon, W. and Baker, S. P. (1981). *Injury control*. in Clark, D., MacMahon, B., rédacteurs. Preventive and community medicine, Little, Brown and Company, 109-140.
- Lavoie, M., Maurice, P. et Rainville, M. (Page consultée le 9 juillet 2017). *Prévention des traumatismes : une approche pour améliorer la sécurité des populations*. Dans Trousse média en prévention des traumatismes, [en ligne], <http://www.inspq.qc.ca/prevention-traumatismes/une-approche-pour-ameliorer-la-securite-des-populations>
- Sécurité publique Canada (Page consultée le 14 juillet 2014). *Centre national de prévention du crime*. [en ligne], <http://www.securitepublique.gc.ca/cnt/cntrng-crm/crm-prvntn/ntnl-crm-prvntn-cntr-fra.aspx>
- Organisation mondiale de la Santé (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_fr.pdf?ua=1
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. et Lozano-Ascencio, R. (sous la direction de) (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf?ua=1
- Hinduja, S. and Patchin, J. W. (2010). Bullying, Cyberbullying, and Suicide. *Archives of Suicide Research*, 14, 206-221.
- Wathen, N. (2012). *La victimisation avec violence : répercussions sur la santé des femmes et des enfants*. Division de la recherche de la statistique, Ministère de la Justice Canada, 34 p. http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/vf-fv/rr12_12/rr12_12.pdf
- Ministère de la promotion de la santé (2010). Document d'orientation sur la prévention des blessures. Province de l'Ontario, 128 p. <http://www.mhp.gov.on.ca/fr/healthy-communities/public-health/guidance-docs/PreventionofInjury-FR.PDF>
- Difede, J., Olden, M. et Cukor, J. (2014). Evidence-Based Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. *Annual Review of Medicine*, 65, 319-332.
- Austin, A. E., van den Heuvel, C. and Byard, R. (2013). Suicide and fatal single occupant motor vehicle collisions. *Australian Journal of Forensic Sciences*, 45(1), 43-48.
- Schaechter, J., Duran, I., De Marchena, J., Lemard, G. and Villar, M. E. (2003). Are "Accidental" Gun Deaths as Rare as They Seem? A Comparison of Medical Examiner Manner of Death Coding With an Intent-Based Classification Approach. *Pediatrics*, 111(4), 741-744.
- Baril, G. et Paquette, M. C. (2012). *Les normes sociales et l'alimentation. Analyse des écrits scientifiques*. Institut national de santé publique du Québec, 30 p. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1486_NormesSocialesAliment_AnalyEcritsScient.pdf
- Statistique Canada (Page consultée le 11 juillet 2017). *Tableau 102-0540, Décès, selon la cause, Chapitre XX : Causes externes de morbidité et de mortalité (V01 à Y89), le groupe d'âge et le sexe, Canada, date de modification : 2014-01-27*. [en ligne], <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=fra&p2=33&id=1020540>
- Bohnert, A. S. B., McCarthy, J. F., Ignacio, R. V., Ilgen, M. A., Eisenberg, A., Frederic C. and Blow, F. C. (2013). Misclassification of suicide deaths: Examining the psychiatric history of overdose decedents. *Injury Prevention*, 19, 326-330.
- Donaldson, A. E., Larsen, G. Y., Fullerton-Gleason, L. and Olson, L. M. (2006). Classifying undetermined poisoning deaths. *Injury Prevention*, 12, 338-343.
- Meier, P., Brennan, A., O'Reilly, D., Purshouse, R. and Taylor, K. (2008). *Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion. Part A : Systematic Reviews*. SCHARR, University of Sheffield, 243 p. https://www.shef.ac.uk/polopoly_fs/1.95617!/file/PartA.pdf
- Trépanier, J. P., Sergerie, D. et Blais, É. (2006). *Avis de santé publique sur la sécurité dans les piscines résidentielles et publiques au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.

<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/554-AvisPiscinesPubliques.pdf>

20. Krüger, H.P. and Vollrath, M. (2004). The alcohol-related risk in Germany: procedure, methods and results. *Accident Analysis and Prevention*, 36: 125-133. Étude citée dans Blais, É. et Maurice, P. (2010). *Réduction de la limite d'alcool permise dans le sang pour la conduite d'un véhicule automobile. Avis scientifique*. Institut national de santé publique du Québec, 68 p.

21. Brault, M., Dussault, C., Bouchard, J. et Lemire, A.-M. (2004). *Le rôle de l'alcool et des autres drogues dans les accidents mortels de la route au Québec : résultats finaux*. Québec : Société de l'assurance automobile du Québec, 9 p.
<http://www.saaq.gouv.qc.ca/rdsr/sites/files/32002004.pdf>

22. Kellermann, A. L., Rivara, F. P., Rushforth, N. B., Banton, J. G., Reay, D.T., Francisco, J. T., Locci, A. B., Prodzinski, J., Hackman, B. B. and Somes, G. (1993). Gun Ownership as a Risk Factor for Homicide in the Home. *New Engl J Med*, 329(15), 1084-1091.

23. Kellerman, A. L., Rivara, F. P., Somes, G., Reay, D. T., Francisco, J., Banton, J. G., Prodzinski, J., Fogner, C. and Hackman, B. B. (1992). Suicide in the home in relation to gun ownership. *New Eng J Med*, 327(7), 470.

24. Frappier, J. Y., Leonard, K. A. et Sacks D. (2005). *Les jeunes et les armes à feu au Canada*. Société canadienne de pédiatrie, Comité de la santé de l'adolescent, 8 p.
<http://www.cps.ca/fr/documents/position/jeunes-et-les-armes-a-feu>

25. Narang, P., Paladugu, A., Manda, S. R., Smock, W., Gosnay, C. and Lippman, S. (2010). *Southern Medical Journal*, 103(2), 151-153.

26. Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C. and Roy, A. (2011). Controlling Access to Suicide Means. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 4550-4562.

27. Yanchar, N. L., Warda, L. J. et Fuselli, P. (2013). *La prévention des blessures chez les enfants et les adolescents : une démarche de santé publique. Document de principes*. Société canadienne de pédiatrie, 9 p.
<http://www.cps.ca/fr/documents/position/prevention-des-blessures-chez-les-enfants-et-les-adolescents>

28. Blueprints for Healthy Youth Development (Page consultée le 17 juillet 2017). *Nurse-family partnership*

model program. [en ligne]

<http://www.blueprintsprograms.com/factSheet.php?pid=972a67c48192728a34979d9a35164c1295401b71>

29. Organisation mondiale de la Santé (2013). *Prévenir la violence en favorisant des relations sûres, stables et épanouissantes entre les enfants et leurs parents et dispensateurs de soins*. dans *Prévention de la violence : les faits*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92490/1/9789242500844_fre.pdf

30. Mäkelä, P. and Österberg, E. (2009). Weakening of one more alcohol control pillar: A review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction*, 104(4), 554-563.

31. Maurice, P., Lavoie, M., Levaque Charron, R., Chapdelaine, A., Bélanger-Bonneau, H., Svanström, L., Laflamme, L., Andersson, R. et Romer, C. (1998). *Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et opérationnels*. Québec : Centre collaborateur OMS du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/149_SecuritePromotion.pdf

32. Organisation mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Organisation mondiale de la Santé. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>

33. Maurice, P., Lavoie, M., Chapdelaine, A et Bélanger-Bonneau, H. (1997). Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et opérationnels, *Maladies chroniques au Canada*, 18(4), 179-186.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/index-fra.php>

34. Bouchard, L. M., Maurice, P. et Rainville M. (2011). *Trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales - Manuel pour accompagner le processus et déterminer le diagnostic de sécurité*. Collection Vivre en sécurité, se donner les moyens, Institut national de santé publique du Québec, 65 p.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1330_ManuelAcompProcessusDeterminDiagnostic.pdf

Liens entre la prévention des traumatismes non intentionnels et intentionnels (violence)

AUTEURS

Pierre Maurice, chef d'unité scientifique
Louise Marie Bouchard, conseillère scientifique
Michel Lavoie, médecin spécialiste
Direction du développement des individus et des communautés

MISE EN PAGE

Nabila Haddouche
Direction du développement des individus et des communautés