

Chaque année, 425 Néo-Écossais meurent des suites d'une blessure...

Stratégie renouvelée de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse

Mieux comprendre, mieux intervenir



Promotion et Protection
de la santé

NOUVELLE-ÉCOSSE
SANS BLESSURES 



Ministère de la Promotion et de la Protection de la santé

Nouvelle-Écosse sans blessures

Conception : Laura Graham Design

© Droit d'auteur de la Couronne, Province de la Nouvelle-Écosse, 2009

ISBN: 978-1-55457-323-3

Pour télécharger des exemplaires supplémentaires de la présente publication, veuillez visiter le site Web du ministère de la Promotion et de la Protection de la santé : <http://www.gov.ns.ca/hpp>

Avril 2010

Table des matières

À considérer	5
Remerciements	7
Message de la ministre	9
Sommaire	11
Points saillants de la stratégie.....	12
Pourquoi avons-nous besoin d'une <i>Stratégie de prévention des blessures</i>?	15
Survol	15
Blessures : Les faits	16
Portrait mondial.....	16
Portrait canadien	17
Portrait de la Nouvelle-Écosse.....	17
Conséquences humaines	18
Conséquences sur le système de soins de santé de la Nouvelle-Écosse.....	19
Conséquences économiques et sociales des blessures	20
Bref historique de la prévention des blessures en Nouvelle-Écosse	20
Un effort collectif	22
Objectif renouvelé	22
Processus d'élaboration de la stratégie renouvelée	23
Responsabilité partagée de la réussite	25
Liens vers d'autres stratégies et initiatives	27
Stratégie de la N.-É. sur la consommation d'alcool	27
Stratégie pour les enfants et pour les jeunes	27
Stratégie pour un vieillissement positif en N.-É	27
Stratégie de prévention du crime	27
Que tentons-nous d'accomplir?	29
Principales mesures du succès	29
Mesures à court terme.....	29
Mesures à moyen terme	29
Mesures à long terme.....	29
Stratégie renouvelée de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse	31
Cadre d'action	31
Vision et but	32
Vision	32
But	32

Concepts clés	34
La santé de la population	34
Les trois secteurs d'intervention de la prévention des blessures.....	37
L'évaluation des risques.....	38
Principes directeurs	39
Priorités stratégiques	40
Enjeux prioritaires	40
Groupes prioritaires.....	40
Lieux de vie prioritaires.....	40
Orientations stratégiques.....	41
1. Intégration	41
2. Leadership et développement des capacités	42
3. Surveillance, recherche et évaluation	43
4. Défense et promotion	43
Conclusion	47
Références	48

Nota : Le masculin est utilisé ici comme générique à seule fin d'alléger le texte.

À considérer

En lisant la stratégie renouvelée, gardez ces deux citations en tête. Elles illustrent bien la notion de mieux comprendre pour mieux intervenir qui titre la présente stratégie.

« **L'opinion publique** accorde encore trop d'importance aux comportements individuels pour expliquer les blessures. De plus, la prévention des blessures continue d'être axée en grande partie sur le besoin de modifier les environnements dangereux afin d'y permettre une meilleure survie, plutôt que de modifier la nature même de ces environnements par un changement social plus global. » [traduction libre]

– Tom Christoffel et Susan Scavo Gallagher
Injury Prevention and Public Health: Practical Knowledge, Skills, and Strategies (2006)

« **Pour régler** efficacement toute la gamme des problèmes sociaux et de santé du 21^e siècle, il faut un changement fondamental de paradigme qui assurera l'équité aux plus démunis et permettra de tirer le maximum des ressources limitées : en arriver à prévenir au lieu de guérir et à une action globale axée sur la collectivité au lieu d'un ciblage individuel. » [traduction libre]

– Larry Cohen et Sana Chehimi
Prevention Is Primary: Strategies for Community Well-being (2007)



Remerciements

Un grand nombre de personnes et d'organismes ont contribué de façon significative au renouvellement de la *Stratégie de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse*. La présente stratégie renouvelée s'appuie fortement sur les succès que nous avons remportés ensemble en combattant cet important problème de santé publique au cours de la dernière décennie. Nous devons ces succès en grande partie à l'esprit de collaboration qui a prévalu chez les défenseurs de la santé publique et les intervenants en prévention des blessures de notre province. Cet esprit de collaboration a soutenu le développement de la stratégie renouvelée et continue à donner le ton, alors que nous nous préparons à unir nos efforts pour les années qui viennent. À toutes les personnes qui ont participé d'une manière ou d'une autre au renouvellement de la stratégie, nous exprimons notre profonde gratitude.

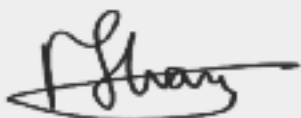
Il serait beaucoup trop ardu de nommer chaque collaborateur individuellement, mais nous souhaiterions quand même souligner la contribution de deux personnes qui ont joué un rôle significatif : Catherine Kennedy, pour sa recherche préliminaire, l'analyse des sondages auprès des intervenants et sa contribution à la rédaction de la stratégie, et Jim Neale, de Peak Performance Consulting Services, pour sa contribution à la conception et à la facilitation du processus de consultation.

Nous tenons également à remercier les membres du Comité consultatif de renouvellement de la stratégie qui ont fourni leur expertise et leurs conseils. Ces personnes dévouées, représentant les divers secteurs engagés dans la prévention des blessures, ont participé à la conception du processus de consultation, prêté leurs talents d'animateur lors du symposium sur le renouvellement, contribué à la conception de la stratégie renouvelée et aidé à

organiser des groupes de consultation formés d'experts. Nous sommes extrêmement reconnaissants des efforts exceptionnels déployés par ce groupe.

- Susan Brushett, Nouvelle-Écosse sans blessures
- Morris Green, Ministère de la Promotion et de la Protection de la santé
- Deanna Beck, Annapolis Valley Safe Communities Coalition
- Paul Fynes, South Shore Safe Communities
- Angela Davis, Fondation canadienne de la santé mentale, Division de la Nouvelle-Écosse
- Jennifer Girard, Programme de traumatologie des SUS de la Nouvelle-Écosse
- Holly Gillis et Morgane Stocker, régie de la santé Capital, Services de la santé publique
- Sandra Newton, programme Child Safety Link du IWK
- Julie Stover, Transports et Renouvellement de l'infrastructure

En dernier lieu, le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé et Nouvelle-Écosse sans blessures sont très heureux d'avoir eu la possibilité de codiriger l'élaboration de la stratégie renouvelée. Notre effort commun confirme le solide engagement du gouvernement et de la collectivité à travailler ensemble à faire de la Nouvelle-Écosse un endroit plus sain et plus sécuritaire où il fait bon grandir, vivre, travailler, s'amuser et vieillir.



*Robert Strang, M.D., M.Sc.S, FRCPC
Administrateur en chef de la santé publique
Ministère de la Promotion et de la Protection de la santé*



*Natalie Yanchar M.D., M.Sc., FRCSC
Présidente
Nouvelle-Écosse sans blessures*



Message de la ministre

Malgré tous les progrès accomplis pour améliorer la vie des Néo-Écossais, les blessures restent la cause première de mortalité et d'invalidité chez les moins de 45 ans et imposent aux Néo-Écossais une facture de 518 millions de dollars par année. Les blessures frappent particulièrement nos jeunes, occasionnant plus de décès chez les jeunes de un à 19 ans que toutes les maladies et autres menaces pour la santé combinées. Les blessures sont également une cause principale d'hospitalisation et elles constituent un lourd fardeau pour nos services d'urgence et autres ressources en soins de la santé.

Nous avons tous déjà été touchés d'une manière ou d'une autre par les blessures. Un proche, tel un parent, un ami ou un collègue, peut avoir été blessé, ou nous savons que c'est arrivé à quelqu'un. En définitive, nous avons tous entendu parler de quelqu'un, quelque part, qui a subi une blessure.

Le concept de prévention des blessures est très large et souvent difficile à cerner. Les blessures dépendent de nombreuses causes — accidents de la route, chutes, violence, noyades ou loisirs, pour n'en nommer que quelques-unes. Les blessures prennent de nombreuses formes — os fracturés, dommages aux tissus mous, lésions de la moelle épinière ou traumatismes crâniens — et elles présentent divers degrés de gravité. Les blessures surviennent dans toutes sortes d'environnements, notamment nos rues et nos routes, nos écoles, nos lieux de travail, en plein air et même à l'intérieur de nos demeures. La prévention des blessures englobe tout cela.

Peu importe leur cause ou leur nature, toutes les blessures comportent plusieurs éléments communs :

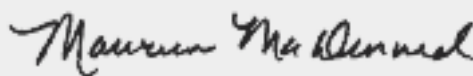
- *Elles influent sur la vie de tous les jours des Néo-Écossais, mais demeurent largement invisibles.*
- *Elles résultent rarement d'une cause unique. Beaucoup de facteurs, souvent hors du contrôle des particuliers, contribuent à la survenance d'un événement causant une blessure.*
- *Les blessures ne sont pas des accidents. Elles sont presque toujours évitables.*

La Stratégie renouvelée de prévention des blessures a été élaborée en collaboration avec des intervenants et elle établit un programme d'action commun pour les trois à cinq prochaines années. Bien que Promotion et Protection de la santé assure le leadership de la stratégie, le succès de celle-ci reposera sur les efforts collectifs d'un grand nombre de ministères, d'organismes communautaires et de partenaires.

Le titre de la stratégie renouvelée, Mieux comprendre, mieux intervenir, illustre la nécessité de bâtir des collectivités résilientes et de se concentrer sur les facteurs pouvant compromettre la santé et la sécurité. Cette approche réduira les blessures et améliorera tous les aspects de la santé des Néo-Écossais. La stratégie renouvelée reconnaît également le besoin d'accroître l'intégration et la collaboration avec les autres travailleurs des domaines de la promotion de la santé et de la justice sociale.

Je suis heureuse d'appuyer la stratégie renouvelée et très encouragée par l'idée qui y est proposée d'élever le niveau d'intervention en prévention des blessures. Aujourd'hui comme hier, la Nouvelle-Écosse joue un rôle de chef de file en ce qui concerne l'amélioration de la santé des collectivités.

Je travaillerai de très bon gré avec mes collègues afin de trouver des moyens de soutenir efficacement la stratégie. Nous partageons tous la vision d'une province où il fait bon vivre en santé et en toute sécurité. Je tiens à remercier très sincèrement l'ensemble des gens et des organismes qui, par le passé, ont déployé tant d'efforts pour améliorer la santé et la sécurité des Néo-Écossais. À tous et à toutes, je souhaite que votre contribution soutenue à cet effort vital soit couronnée de succès.



*L'honorable Maureen MacDonald
Ministre*

Ministère de la Promotion et de la Protection de la santé



Sommaire

La *Stratégie de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse* a été présentée en 2004 sous la forme d'un plan visant à optimiser la capacité des partenaires en prévention d'agir en collaboration pour faire de la prévention des blessures un enjeu de santé publique.

En nous appuyant sur nos réalisations et sur les connaissances croissantes en matière de distribution des blessures entre divers groupes, il nous faut maintenant actualiser notre plan stratégique en fonction de l'environnement actuel et des données probantes les plus récentes. Nous devons continuer à travailler ensemble de façon coordonnée et stratégique pour l'avancement des efforts de prévention en Nouvelle-Écosse. La *Stratégie renouvelée de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse* nous permettra d'atteindre ce but.

Propriété de tous les Néo-Écossais, cette stratégie renouvelée trace une voie à suivre collectivement pour les trois à cinq prochaines années.

Les blessures posent de graves problèmes de santé publique, et leur prévention ne devrait pas être dissociée des autres initiatives et confinée à un domaine de politique et de pratique distinct. La prévention des blessures nécessite les efforts combinés de nombreux secteurs se situant bien au-delà de ceux concernés uniquement par la santé. Les causes profondes des blessures sont souvent les mêmes que pour les autres problèmes de santé publique, et de grands progrès peuvent être réalisés en s'attaquant, ensemble, à tous ces problèmes plutôt que d'y travailler chacun de son côté.

Le titre de la stratégie renouvelée de prévention des blessures est « Mieux comprendre, mieux intervenir ». Ce titre est un appel à l'action. Il renvoie au besoin de faire connaître davantage l'importance de la prévention des blessures pour la santé des collectivités, ce qui inclut garantir la sécurité des collectivités. Pour cela, il faut s'efforcer de réduire les disparités pour l'ensemble de la population et accorder une attention particulière aux sous-groupes dont les taux de blessures révèlent les plus grandes disparités. En élevant le niveau d'intervention, nous exercerons un impact positif

non seulement sur la réduction des blessures, mais également sur l'amélioration de tous les aspects de la santé des Néo-Écossais.

Bien que les causes des blessures et les solutions de prévention soient plutôt bien comprises, il en est autrement des initiatives de prévention, en raison de notre besoin de comprendre toute une variété de facteurs — pourquoi et où les blessures se produisent-elles et qui en sont les victimes — et comment ces facteurs agissent-ils à divers niveaux. Pour réduire sensiblement le taux des blessures, nous devons avoir recours à une gamme complète d'interventions soigneusement intégrées et stratégiquement coordonnées. Les collectivités, les institutions (p. ex., les écoles, les lieux de travail), tous les ordres de gouvernements, les familles et les particuliers ont un rôle à jouer dans la prévention des blessures.

La stratégie renouvelée repose sur ce qui a été accompli depuis l'instauration de la stratégie originale en 2004. Elle a pour objet de donner aux intervenants, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des frontières traditionnelles de la prévention des blessures, un cadre pour guider nos activités collectives, de la planification à l'élaboration, en passant par la mise en œuvre et l'évaluation.

La stratégie renouvelée adapte le travail du milieu de la prévention des blessures au contexte actuel. Elle nous fournit la possibilité de miser sur ce qui fonctionne déjà bien, de commencer à nous attaquer aux priorités émergentes et d'adopter de nouvelles façons de travailler qui porteront nos efforts vers de nouveaux sommets. La stratégie renouvelée propose une approche stratégique et coordonnée de prévention des blessures pour l'avenir.

La création d'une Nouvelle-Écosse plus saine et plus sécuritaire suppose le maintien d'une collaboration de haut calibre entre les particuliers, les familles, les collectivités, les organismes non gouvernementaux ainsi que tous les ordres de gouvernement. Il faut également compter sur l'engagement des secteurs et des intervenants non traditionnels au domaine de la prévention des blessures.

Même ceux qui considèrent que la prévention des blessures ne fait pas partie de leurs principales attributions ont quand même un rôle à jouer au titre de la présente stratégie renouvelée. La réussite de la stratégie dépend de l'engagement de tous les intervenants qui peuvent, soit par leur mandat, soit par leur habileté, exercer une influence positive en matière de prévention des blessures.

Enfin, la stratégie renouvelée appartient à tous les Néo-Écossais, et la responsabilité de sa réussite est partagée entre un grand nombre de secteurs et d'intervenants. Le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé continuera à assumer le leadership provincial et à faciliter la coordination de la stratégie. Cependant, chacun a un rôle à jouer pour faire de la Nouvelle-Écosse un endroit plus sain et plus sécuritaire. Nous y réussissons seulement si tous les partenaires vont de l'avant et contribuent à la mise en œuvre de la stratégie renouvelée. Nous parlons ici d'une responsabilité partagée.

Points saillants de la stratégie

Vision

Tous ensemble en Nouvelle-Écosse, nous travaillons pour créer des collectivités saines et sécuritaires.

But

La stratégie est une approche intégrée et globale qui guide nos efforts collectifs en vue de créer des collectivités en santé et de réduire ainsi les blessures.

Concepts clés

C'est autour de six concepts interdépendants — fondés sur des données probantes et des pratiques exemplaires — que s'articulera notre travail de prévention des blessures. Ces six concepts sont utilisés tant à l'échelle nationale qu'internationale pour promouvoir la santé et ils mènent à une réduction de l'incidence des maladies et des blessures. Ces concepts clés, ci-après énumérés, doivent être intégrés à notre travail de prévention des blessures en Nouvelle-Écosse.

- la santé de la population
 - promotion de la santé
 - disparités en matière de santé
 - déterminants de la santé
- les trois secteurs d'intervention de la prévention des blessures
- l'évaluation des risques

Principes directeurs

S'articulant autour de la vision et des concepts clés de la stratégie, ces principes directeurs guideront notre travail de prévention des blessures :

- fondé sur les faits
- effort collectif
- qui répond bien
- dynamique
- intégré
- adapté à la culture

Priorités de la stratégie

Les priorités sont basées sur la surveillance, la recherche et la consultation. Ces priorités ont été établies pour guider la planification et l'allocation des ressources en matière de prévention des blessures.

Enjeux prioritaires

- chutes chez les aînés
- suicides et tentatives de suicide
- sécurité routière

Groupes prioritaires

- enfants et adolescents
- Néo-Écossais âgés (aînés)
- autres groupes à risque accru de blessures

Lieux de vie prioritaires

- écoles
- lieux de travail
- domiciles
- collectivités
- routes et rues
- installations de soins de santé
- installations récréatives et de loisirs

Orientations stratégiques

Les orientations stratégiques sont les voies à emprunter pour concrétiser la vision de la stratégie renouvelée. Ces orientations sont les suivantes :

- intégration
- leadership et développement des capacités
- surveillance, recherche et évaluation
- défense et promotion

Nous vous invitons à travailler de concert avec nous afin de créer une Nouvelle-Écosse plus saine et plus sécuritaire où nous pourrions tous grandir, vivre, travailler, nous amuser et vieillir.



Pourquoi avons-nous besoin d'une *Stratégie de prévention des blessures?*

Survol

Les blessures demeurent l'un des principaux facteurs de mortalité et d'invalidité dans le monde, causant le décès de cinq millions de personnes annuellement. Au Canada, les blessures représentent la principale cause de mortalité et d'invalidité chez les personnes de 45 ans et moins et la quatrième cause de décès, tous décès confondus.¹ En 2004, les blessures ont tué 13 667 Canadiens et ont coûté 19,8 milliards de dollars à l'économie canadienne.² En Nouvelle-Écosse, les blessures prennent 425 vies annuellement et causent le décès de plus de jeunes gens âgés de 1 à 19 ans que toutes les autres causes de décès combinées.³ Les blessures sont également un facteur principal de mortalité et d'invalidité chez les personnes d'âge adulte et du troisième âge. En 2004 les blessures ont coûté 518 millions de dollars à la Nouvelle-Écosse.⁴

Qu'est ce qu'une blessure?

Une blessure est une lésion corporelle qui se produit lorsque le corps humain est soudainement soumis à une surexposition d'énergie allant au-delà de son seuil de tolérance physiologique ou lorsqu'il est privé d'un ou de plusieurs éléments vitaux (p. ex. oxygène, chaleur). Il peut s'agir d'énergie mécanique, thermique, chimique, électrique ou rayonnante.

Les blessures sont généralement définies en fonction de l'intention. Les blessures non intentionnelles résultent principalement de chutes, d'accidents de la route, de noyades, d'incendies et de brûlures. Les blessures intentionnelles incluent celles qui résultent de l'utilisation de la force physique contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations.⁵

Les blessures ont une incidence incroyable sur la santé et la durabilité dans notre province, que ce soit en termes de conséquences humaines, sociales ou économiques. En tant que province, nous nous efforçons d'assurer à tous les Néo-Écossais la sécurité au sein de leur collectivité ainsi que la possibilité d'y contribuer utilement et de s'y sentir valorisés.⁶ La prévention des blessures joue un rôle essentiel dans l'atteinte de cet objectif.

Les efforts de prévention des blessures en Nouvelle-Écosse s'étendent sur de nombreuses décennies, allant des premières initiatives d'assainissement des eaux et de sécurité ferroviaire et routière à la Stratégie de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse élaborée plus récemment en 2004, première initiative du genre au Canada. En 2006, la stratégie néo-écossaise a été reconnue par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme étant un exemple de réussite en matière de politique infranationale de prévention des blessures.⁷

Bien que les efforts de prévention passés aient entraîné une diminution des blessures, il reste de toute évidence beaucoup de chemin à parcourir. De fait, la prévention des blessures n'a pas suivi l'évolution d'autres interventions de santé publique comme la lutte au tabagisme ou les programmes de prévention des maladies infectieuses. Malgré leurs impacts dévastateurs, les blessures sont demeurées dans une large mesure une épidémie invisible. Il s'agit toutefois d'une question de santé publique importante qui ne devrait pas être dissociée des autres initiatives et confinée à un domaine de politique et de pratique distinct. La prévention des blessures nécessite les efforts combinés de nombreux secteurs se situant bien au-delà de ceux concernés uniquement par la santé. Les causes profondes des blessures sont souvent les mêmes que pour les autres problèmes de santé publique, et de grands progrès peuvent être réalisés en s'attaquant, ensemble, à tous ces problèmes plutôt que d'y travailler chacun de son côté.

Le titre de la *Stratégie renouvelée de prévention des blessures* est « Mieux comprendre, mieux intervenir ». Ce titre est un appel à l'action. Il renvoie au besoin de faire connaître davantage l'importance de la prévention des blessures pour la santé des collectivités, ce qui inclut garantir la sécurité des collectivités. Pour cela, il faut s'efforcer de réduire les disparités pour l'ensemble de la population et accorder une attention particulière aux sous-groupes dont les taux de blessures révèlent les plus grandes disparités. En élevant le niveau d'intervention, nous exercerons un impact positif non seulement sur la réduction des blessures, mais également sur l'amélioration de tous les aspects de la santé des Néo-Écossais.

Quoique les causes des blessures et les solutions visant à les prévenir soient plutôt bien comprises, il en est autrement des initiatives de prévention, et ce, en raison de notre besoin de comprendre toute une variété de facteurs — pourquoi et où les blessures se produisent-elles et qui en sont les victimes — et comment ces facteurs agissent-ils à divers niveaux? Pour réduire sensiblement les taux de blessures, nous devons avoir recours à une gamme complète d'interventions soigneusement intégrées et stratégiquement coordonnées. Les collectivités, les institutions (p. ex., les écoles, les lieux de travail), tous les ordres de gouvernements, les familles et les particuliers ont tous un rôle à jouer dans la prévention des blessures.

La *Stratégie de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse* a été présentée en 2004 sous la forme d'un plan visant à optimiser la capacité des partenaires en prévention d'agir en collaboration pour faire de la prévention des blessures un enjeu de santé publique.

En nous appuyant sur nos réalisations et sur les connaissances croissantes en matière de distribution des blessures entre divers groupes, il nous faut maintenant actualiser notre plan stratégique en fonction de l'environnement actuel et des données probantes les plus récentes. Nous devons continuer à travailler ensemble de façon coordonnée et stratégique pour l'avancement des efforts de prévention en Nouvelle-Écosse. La *Stratégie renouvelée de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse* nous permettra de faire avancer notre travail en ce sens.

Propriété de tous les Néo-Écossais, cette stratégie renouvelée trace une voie à suivre collectivement pour les trois à cinq prochaines années.

Blessures : Les faits

La compréhension du problème représente la première étape d'une approche stratégique pour améliorer la santé de la population. Les paragraphes qui suivent décrivent les conséquences des blessures pour les humains, le système de santé et l'économie. Si nous comprenons bien la question, nous pouvons commencer à établir les priorités et à formuler des plans d'action en matière de prévention. Cette première étape nous permettra également de mesurer efficacement l'impact de notre travail de prévention des blessures au fil du temps.

Portrait mondial

- Les blessures tuent 5 millions de personnes chaque année, soit l'équivalent d'environ un septième de la population du Canada.⁸
- Les blessures représentent 9 % de tous les décès dans le monde, soit la même proportion que l'ensemble des décès causés par le VIH, la malaria et la tuberculose.⁹
- Les blessures représentent 12 % du fardeau total des maladies à l'échelle de la planète.¹⁰
- Globalement, les blessures dues aux accidents de la route, aux chutes, aux suicides et à la violence interpersonnelle sont les principales causes des décès liés à des blessures.¹¹

Portrait canadien

Au Canada¹² en 2004,

- Il y a eu 13 667 décès liés à des blessures.
- Il y a eu 3,1 millions de consultations aux services d'urgence.
- Il y a eu plus de 210 000 hospitalisations liées à des blessures.
- Un peu plus de 67 500 Canadiens ont été invalidés par une blessure.
- Les principales causes de décès et d'hospitalisations à la suite de blessures étaient les accidents de la route, suicides, tentatives de suicide et chutes.

Mise en perspective

Les 425 décès de Néo-Écossais provoqués par des blessures chaque année représentent presque le double du nombre de victimes décédées lors du tragique écrasement du vol 111 de Swissair, au large des côtes de la Nouvelle-Écosse en 1998.

Sur une période de 10 ans, cela fait 4 250 personnes, ce qui équivaldrait à perdre l'ensemble de la population d'une ville d'environ la taille d'Antigonish ou de Stellarton.

Portrait de la Nouvelle-Écosse

D'après un examen des décès liés aux blessures pour la période de 2001 à 2007¹³ :

- En moyenne, 425 Néo-Écossais meurent chaque année des suites d'une blessure.
- Plus de la moitié de tous les décès chez les hommes de moins de 40 ans était attribuable aux blessures.
- Le tiers de tous les décès chez les femmes de moins de 40 ans était attribuable aux blessures.
- Dans tous les groupes d'âge, les hommes comptent pour 65 % des décès dus aux blessures.
- Les blessures représentent une menace particulière pour les jeunes, comptant pour 67 % des décès chez les Néo-Écossais âgés de 15 à 29 ans.
- Les blessures ont tué plus de jeunes âgés de 1 à 19 ans que toutes les autres causes de décès confondues.
- Environ un jeune par semaine est décédé à la suite d'une blessure en Nouvelle-Écosse.
- En moyenne, 108 personnes par année, principalement des personnes âgées, sont décédées à la suite d'une chute, ce qui représente presque 26 % de tous les décès dus aux blessures. Les femmes comptaient pour 57 % des décès attribuables à une chute.
- En moyenne, 93 personnes sont mortes par suicide chaque année. De ce chiffre, 83 % étaient des hommes.
- En moyenne, 80 personnes sont mortes à la suite d'un accident de la route chaque année. De ce chiffre, près de 75 % étaient des hommes.
- En moyenne, 13 personnes par année ont été victimes d'un homicide. De ces décès, plus des trois-quarts étaient des hommes.

D'après un examen des cas d'hospitalisation liés aux blessures pour la période allant de 2001 à 2007¹⁴ :

- Il y a eu 43 000 cas d'hospitalisation liés à des blessures en Nouvelle-Écosse, soit une moyenne de 17 hospitalisations par jour et de 6 130 par année.
- Les blessures ont grugé plus de 600 000 jours d'hospitalisation, soit une moyenne annuelle de près de 86 000 jours. Cela signifie qu'à tous les jours, 236 lits d'hôpital de la province étaient occupés par des Néo-Écossais blessés.
- Les blessures représentaient 7 % du nombre total d'hospitalisations. Ce taux était réparti également entre les femmes et les hommes.
- Les chutes représentaient en moyenne 3 317 cas d'hospitalisation chaque année. Les femmes comptaient pour plus de 61 % du nombre total, et 54 % des blessures avec hospitalisation étaient liées à des chutes.

- Les accidents de la route constituaient une moyenne de 636 cas d'hospitalisation liés aux blessures chaque année. Les hommes comptaient pour 68 % de ces hospitalisations. Les accidents de la route représentaient un peu plus de 10 % de l'ensemble des cas d'hospitalisation liés aux blessures.
- L'auto-mutilation, y compris les tentatives de suicide, représentait environ 9 % des cas d'hospitalisation liés aux blessures. On a relevé une moyenne annuelle de 548 personnes hospitalisées pour des actes d'auto-mutilation. De ce nombre, 56 % étaient des femmes.
- Les voies de fait représentaient 4 % de toutes les hospitalisations dues à des blessures (une moyenne annuelle de 234 hospitalisations). Les hommes comptaient pour environ 85 % de ces hospitalisations.

Selon le rapport de 2009 sur « Le fardeau économique des blessures au Canada »¹⁵ :

- En 2004, les blessures ont occasionné près de 90 000 consultations aux services d'urgence en Nouvelle-Écosse.
- En 2004, près de 1 700 Néo-Écossais ont subi une incapacité partielle occasionnée par une blessure et 134 autres ont subi une incapacité permanente.

En comparaison aux autres provinces du Canada, la Nouvelle-Écosse avait le troisième plus faible taux de blessures avec hospitalisation et le quatrième plus faible taux de décès suite à une blessure. Bien que cette comparaison suggère que la Nouvelle-Écosse s'en tire mieux que bon nombre des autres provinces, cela n'empêche pas que les blessures continuent à avoir des incidences dévastatrices sur la vie des Néo-Écossais et sur la durabilité de l'économie et de la société néo-écossaises.¹⁶

Conséquences sociales des traumatismes crâniens

Une enquête américaine a établi des liens entre la lésion cérébrale traumatique (LCT) et l'incarcération. Bon nombre de détenus présentent des troubles qui, non seulement compliquent leur gestion et leur traitement en prison, mais causent également des problèmes lors de leur libération.¹⁷

Une enquête canadienne auprès d'hommes et de femmes utilisant les refuges et les programmes de repas pour itinérants a révélé que plus de la moitié d'entre eux (53 %) avaient déjà subi une LCT, variant de moyenne à grave dans 12 % des cas. Pour 70 % des sujets sondés, la première LCT s'est produite avant qu'ils ne deviennent des sans-abri.¹⁸

Conséquences humaines

Les blessures imposent un très lourd fardeau aux particuliers, aux familles, aux amis, aux milieux de travail, aux écoles et aux collectivités. Quand une personne est tuée ou invalidée par une blessure, les effets sont dévastateurs et durent longtemps. Les conséquences d'une blessure grave chez une personne peuvent être permanentes et inclure la douleur chronique, la perte d'autonomie, l'invalidité ou un préjudice esthétique, ainsi que la dépression et des difficultés économiques. Les blessures moins graves peuvent également avoir leurs effets néfastes, notamment l'absentéisme au travail ou à l'école ou l'empêchement de s'acquitter de ses responsabilités d'aidant.

Les conséquences d'une blessure vont également bien au-delà du traumatisme physique. En effet, les blessures nuisent aussi à la santé mentale, émotionnelle et spirituelle et modifient la dynamique interrelationnelle entre une personne et sa famille ou ses amis. L'impact de la maladie ou de l'invalidité sur le réseau de relations est également très prononcé. Beaucoup d'études ont porté sur le rôle du soutien social comme vecteur de changements positifs en matière de santé, mais relativement peu sur la façon dont les conditions chroniques résultant de maladies ou de blessures peuvent créer des difficultés relationnelles que très peu de gens prévoient et savent surmonter.¹⁹

Les conséquences d'une chute

Une personne âgée qui se fracture la hanche aura besoin d'ambulanciers paramédicaux pour la stabiliser et la transporter à un service d'urgence. Il faudra procéder à des radiographies ou à d'autres tests diagnostiques. Selon l'état de santé général du patient, les soins d'urgence peuvent se révéler complexes et exigeants en termes de ressources. S'il faut l'opérer, cette personne aura la priorité, ce qui peut entraîner l'annulation d'autres chirurgies prévues. Après son opération de la hanche, une personne âgée devra séjourner à l'hôpital habituellement trois fois plus longtemps que le séjour moyen des aînés hospitalisés pour une raison autre qu'une blessure. Cette personne aura également besoin de traitements de réadaptation. Bien que certains aînés réintègrent leur domicile après une chirurgie de la hanche, beaucoup d'entre eux iront en établissement de soins prolongés. Malheureusement, 20 % des aînés qui se fracturent la hanche décèdent dans l'année qui suit.²⁰



Conséquences sur le système de soins de santé de la Nouvelle-Écosse

Tel qu'indiqué précédemment, l'impact des blessures est considérable. On passe souvent sous silence dans les conversations et dans les rapports des médias le rôle que jouent les blessures dans l'accroissement de la demande de soins de santé. En fait, les blessures représentent une énorme portion du fardeau qui pèse sur le système de santé. Des milliers de personnes sont admises à l'hôpital chaque année en Nouvelle-Écosse en raison de blessures graves, et on compte des dizaines de milliers de consultations auprès des services d'urgence ou des médecins de famille pour des blessures moins graves.

Les blessures requièrent souvent une part disproportionnée des ressources en soins de santé et imposent des exigences immédiates et non planifiées au système de santé. Les blessures touchent tous les volets du système, ralentissant même les temps d'attente pour certains services. Les unités de soins communautaires, les médecins de famille, les services médicaux d'urgence, les services de soins intensifs et les services de réadaptation sont tous sollicités pour traiter les effets à court et à long termes des blessures.

Ce qu'il en coûte en d'autres termes

Au Canada, les blessures coûtent

37 000 \$ la minute

2,2 M\$ de l'heure

54 M\$ par jour

En Nouvelle-Écosse, les blessures coûtent

985 \$ la minute

59 000 \$ de l'heure

1,4 M\$ par jour

Conséquences économiques et sociales des blessures

Les blessures imposent un énorme fardeau économique au Canada. D'après les données de 2004²¹ :

- Les blessures coûtent aux Canadiens 19,6 milliards de dollars annuellement, une moyenne de 4 800 \$ par blessure.
- Les blessures représentent la troisième plus forte dépense en soins hospitaliers.
- Les blessures représentent la quatrième catégorie de maladies la plus coûteuse, après les maladies cardiovasculaires, les affections musculo-squelettiques et le cancer.

La situation est sensiblement la même pour la Nouvelle-Écosse. D'après les données de 2004²²,

- Les blessures coûtent aux Néo-Écossais 518 millions de dollars, soit 952 \$ par citoyen.
- Les coûts directs des blessures (coûts du système de soins de santé) étaient de 322 millions de dollars et les coûts indirects (perte de productivité en raison des incapacités de travail) étaient de 196 millions de dollars.
- Les chutes coûtent aux Néo-Écossais 175 millions de dollars.
- Les blessures liées aux moyens de transport (p. ex., véhicules motorisés, piétons, cyclisme, VTT) coûtent aux Néo-Écossais un peu plus de 97 millions de dollars.
- Les suicides et les auto-mutilations coûtent 55 millions de dollars.
- Les blessures liées à des actes de violence coûtent 22 millions de dollars.

Alors que la population de la Nouvelle-Écosse vieillit et qu'on ne cesse de craindre pour la durabilité économique de la province, la problématique des blessures doit également être vue comme un enjeu de capital humain. Chaque personne qui meurt ou qui est gravement blessée représente la perte d'un travailleur, d'un bénévole, d'un contribuable ou d'un aide pour les familles et les collectivités néo-écossaises. Ceci est particulièrement vrai quand on sait que les blessures ont un impact plus important sur les personnes dans la force de l'âge. La prévention des blessures est un aspect essentiel d'une province saine et durable.

Bref historique de la prévention des blessures en Nouvelle-Écosse

Les organismes communautaires et gouvernementaux s'efforcent depuis longtemps de prévenir les blessures en Nouvelle-Écosse. Ils ont déployé de nombreux efforts pour élaborer des lois, des programmes et des politiques axés sur la sécurité afin de soutenir la prévention des blessures. Il est impossible de donner des exemples de tout le travail accompli, mais en voici les points saillants :

Les années 1970

- Le système routier de la série 100 a été créé.
- Début de la promotion de la sécurité nautique et de la sécurité sur la glace.
- Les services de police participent plus activement à des activités de sécurité scolaire et de sécurité routière.

Les années 1980

- Le *Nova Scotia Safety Council* (maintenant appelé *Safety Services Nova Scotia*) était un ardent défenseur de l'adoption de mesures législatives sur le port de la ceinture de sécurité et a lancé le programme *Buckle Up Baby* (Attachez bien bébé).
- La *Brain Injury Association of Nova Scotia* (traumatismes crâniens) et le *Spinal Cord Injury Prevention Program* (traumatismes médullaires) ont gagné en importance grâce à des initiatives de sensibilisation et de défense et promotion.
- Les infirmières de la santé publique sont devenues une nouvelle ressource de première ligne en matière de prévention des blessures, en travaillant auprès des nouveaux parents et en prodiguant des conseils sur la prévention des blessures chez les nourrissons et les jeunes enfants.

Les années 1990

- Adoption d'une loi sur le port du casque protecteur à vélo.
- Création du *Nova Scotia Child Safety and Injury Prevention Program*, maintenant appelé le programme *Child Safety Link* et les Services de santé d'urgence du IWK.
- Le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes a été créé afin de collecter des données sur les blessures auprès de services d'urgence pédiatriques d'un peu partout au Canada, dont le IWK Health Centre.
- Le *Nova Scotia Trauma Program* a été créé vers la fin des années 1990 pour assurer la bonne marche du continuum de traumatologie complet — de la prévention à la réadaptation, en passant par le traitement.
- Le *Comprehensive Report on Injuries to Children and Youth in Nova Scotia* (1999) quantifiait pour la première fois l'impact humain des hospitalisations et des décès liés aux blessures chez les enfants et les adolescents en Nouvelle-Écosse.

Les années 2000

- Création du réseau atlantique de prévention des traumatismes, maintenant appelé la « Collaboration atlantique pour la prévention des blessures ». Il favorisait une collaboration accrue entre les organismes spécialisés en prévention des blessures et les gouvernements du Canada atlantique.
- Élaboration du rapport sur les blessures subies par les adultes *Report on Injuries to Adults in Nova Scotia* (2002).
- Le rapport intitulé *Le fardeau économique des blessures non intentionnelles au Canada atlantique* montrait pour la première fois les pressions qu'imposent les blessures non intentionnelles sur l'économie des provinces de l'Atlantique.
- Élaboration de la première *Stratégie de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse* sous l'autorité de l'Office de la promotion de la santé, maintenant le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé, et du programme de traumatologie de la Nouvelle-Écosse *Nova Scotia Trauma Program*. Ce travail a nécessité la contribution et la collaboration de centaines d'intervenants en prévention des blessures.
- La Commission d'indemnisation des accidents du travail a lancé sa campagne de marketing social axée sur les blessures au travail.
- La Nouvelle-Écosse a accueilli la Conférence canadienne 2005 sur la prévention des traumatismes, montrant ainsi aux partenaires nationaux et autres que la Nouvelle-Écosse était un nouveau leader en matière de prévention des blessures.
- Le programme *Prévention auprès des adolescents des risques de traumatismes causés par l'ivresse au volant* a été créé pour prévenir les risques de blessures que court l'un des groupes de population les plus vulnérables. En Nouvelle-Écosse, le programme P.A.R.T.Y. relève d'un partenariat entre les ministères provinciaux de la PPS et de l'Éducation et l'Université Dalhousie.
- *Nouvelle-Écosse sans blessures* a été créé en 2006.
- En 2006, l'Association canadienne pour la santé mentale a élaboré et mis en œuvre l'initiative de prévention du suicide *Communities Addressing Suicide Together (CAST)*. La même année, la province a présenté son plan stratégique de prévention du suicide *Nova Scotia Strategic Framework to Address Suicide*.
- En 2007, la Nouvelle-Écosse a amélioré sa législation sur les sièges d'auto et sur le port du casque protecteur et a aussi pris des mesures pour renforcer les efforts d'éradication de l'alcool au volant.
- En 2008, la Province a entrepris l'élaboration d'une stratégie détaillée de sécurité routière pour la Nouvelle-Écosse.

Un tournant décisif

L'élaboration de la première *Stratégie de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse* en 2004 a marqué un tournant décisif en matière de prévention des blessures dans la province. Il en a résulté une suite d'initiatives, de programmes et de partenariats nouveaux, ainsi qu'une nouvelle infrastructure. Parallèlement à l'évolution des efforts de prévention, de nouvelles possibilités de collaboration ont été reconnues et créées.

En 2007, en prévision du cinquième anniversaire de la *Stratégie de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse*, le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé et Nouvelle-Écosse sans blessures ont amorcé une mobilisation des intervenants dans un processus de renouvellement de la stratégie.

Un effort collectif

À la suite du lancement de la *Stratégie de prévention des blessures de 2004*, des avancées importantes ont été réalisées en matière de renforcement des capacités de la province de traiter le problème des blessures ainsi que les priorités indiquées dans la stratégie. Ces avancées n'auraient pu être possibles sans l'engagement et la collaboration soutenus de nombreux organismes gouvernementaux et communautaires.

Entre 2004 et 2009, le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé a investi plus de 4,5 millions de dollars dans la stratégie. Cet investissement a aidé à la création des éléments suivants :

- de nouvelles initiatives de prévention des blessures au sein des ministères et au niveau communautaire;
- une augmentation des organismes et partenariats dédiés à la prévention des blessures;
- une série de sous-stratégies et de mesures dans les domaines du suicide, de la sécurité routière et de la prévention des chutes chez les aînés;

- une amélioration de l'infrastructure, du leadership et de la défense et promotion en matière de prévention des blessures;
- de nouvelles politiques et mesures législatives.

Bon nombre d'intervenants ont uni leurs efforts afin de faire avancer le dossier de la prévention des blessures en Nouvelle-Écosse. Collectivement, ces organismes ont sensibilisé et éduqué les autres intervenants et le grand public, contribuant au développement et à la mise en œuvre de politiques et de mesures législatives. Dans l'ensemble, ils ont pavé la voie à une province plus sécuritaire, où il fait bon grandir, vivre, travailler, s'amuser et vieillir.

Notre réussite aurait été impossible sans la collaboration d'un grand nombre de personnes et d'organismes au fil des ans, lesquels ont uni leurs efforts pour faire de notre province un endroit plus sain et plus sécuritaire. Comme nous nous apprêtons à utiliser la présente stratégie renouvelée pour mieux intervenir, notre succès continue d'être tributaire d'une pensée et d'une action collectives.

Objectif renouvelé

La *Stratégie renouvelée de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse* repose sur ce qui a été accompli depuis l'instauration de la stratégie originale en 2004. Elle a pour objet de donner aux intervenants, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des frontières traditionnelles de la prévention des blessures, un cadre pour guider nos activités collectives, de la planification à l'élaboration, en passant par la mise en œuvre et l'évaluation.

La présente stratégie renouvelée harmonise le travail du milieu de la prévention des blessures avec l'environnement actuel. Elle nous fournit la possibilité de miser sur ce qui fonctionne déjà bien, de commencer à nous attaquer aux priorités émergentes et d'adopter de nouvelles façons de travailler qui porteront nos efforts vers de nouveaux sommets. La stratégie renouvelée offre une approche à venir de prévention des blessures plus stratégique et mieux coordonnée.

Processus d'élaboration de la stratégie renouvelée

Au printemps 2007, le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé (PPS) et Nouvelle-Écosse sans blessures (NESB) ont accepté d'unir leurs efforts et de diriger ensemble le processus de renouvellement de la *Stratégie de prévention des blessures*. Un comité consultatif de renouvellement de la stratégie a été mis sur pied en mai 2007. Le comité était coprésidé par PPS et NESB et était formé de représentants de la santé publique, d'organismes communautaires et d'autres organismes et secteurs ayant des activités liées à la sécurité. Le comité consultatif offrait des conseils et une orientation stratégique et a de plus joué un rôle actif dans la conception du processus de consultation utilisé pour renouveler la stratégie.

Le processus de renouvellement s'est déroulé sur une période de dix mois et a débuté par la distribution, au cours de l'été 2007, d'un sondage sur le renouvellement de la stratégie auprès de plus de 30 organismes et groupes. Ce sondage visait d'abord à recueillir de l'information et des commentaires auprès des intervenants concernant leur travail en matière de prévention des blessures (et comment ce travail s'inscrivait dans la stratégie originale), puis à déterminer les points forts et les domaines à améliorer. Cent intervenants provenant de neuf groupes différents, dont des coalitions de prévention des blessures, des équipes en santé publique et des comités consultatifs, ont rempli le sondage. Malgré le taux de réponses plutôt faible, les répondants représentaient une vaste gamme de disciplines et de secteurs provenant d'un large bassin d'intervenants de l'ensemble de la province.

En novembre 2007, PPS et NESB ont accueilli un symposium de deux jours sur le renouvellement de la stratégie, auquel ont participé 150 intervenants provenant de divers organismes et ayant des antécédents variés. Les objectifs du symposium étaient les suivants :

- recueillir de l'information permettant d'actualiser la *Stratégie de prévention des blessures*, de sorte qu'elle réponde bien aux tendances émergentes et aux intérêts des intervenants;
- renforcer le désir des intervenants de travailler en collaboration et de soutenir la mise en application de la stratégie, et accroître leur engagement à cet effet;
- développer la capacité des particuliers et des organismes engagés dans la prévention des blessures, en les aidant à mieux en comprendre les enjeux selon une diversité de perspectives et en renforçant les réseaux et les liens.

L'information recueillie au cours du sondage a été communiquée durant le symposium, et les intervenants se sont entendus sur l'importance de faire participer le milieu de la prévention au renouvellement de la stratégie. Les résultats du sondage et du symposium ont été essentiels à l'ébauche d'une stratégie renouvelée. Le projet de stratégie a ensuite été communiqué à un petit groupe d'experts et de dirigeants pour analyse et commentaires, ce qui mena à la création de la nouvelle *Stratégie de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse*.

La collaboration était un trait distinctif de la première *Stratégie de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse* et elle continue à être un élément essentiel de la stratégie renouvelée, laquelle est fondée sur la notion de propriété collective des initiatives de prévention des blessures. La prévention des blessures est complexe, et une approche coopérative est essentielle pour s'attaquer efficacement à tous les facteurs contribuant à un risque de blessures.



Responsabilité partagée de la réussite

La création d'une Nouvelle-Écosse plus saine et plus sécuritaire suppose le maintien d'une collaboration de haut calibre entre les particuliers, les familles, les collectivités, les organismes non gouvernementaux ainsi que tous les ordres de gouvernement. Il faut également compter sur l'engagement des secteurs et des intervenants non traditionnels au domaine de la prévention des blessures.

Que révèlent les faits?

- Les maladies chroniques et les invalidités augmentent le risque de blessures attribuables à des chutes chez les aînés et peuvent diminuer la capacité à conduire de façon sécuritaire.²³
- Le tabagisme est un important facteur de risque d'incendies domiciliaires et peut contribuer au développement de l'ostéoporose, un facteur de risque de chutes.²⁴
- Le stress contribue à l'apparition de maladies chroniques et augmente le risque de blessures.²⁵
- S'enivrer augmente le risque de blessures et de violence. Pareillement, l'alcoolisme est associé aux problèmes de santé chroniques, notamment cirrhose du foie, maladies cardiovasculaires et dépression.²⁶
- En gros, environ 20 % des cas de blessure signalés aux services d'urgence sont liés à la consommation d'alcool.²⁷

Voici maintenant des exemples de possibilités d'engagement et de collaboration qui s'offrent aux personnes et organismes qui ne se voient pas nécessairement comme des intervenants en prévention des blessures, mais qui ont quand même un rôle à jouer à ce niveau :

- Les personnes et les organismes qui travaillent dans le domaine de la **prévention des maladies chroniques** peuvent aussi aider à la prévention des blessures. Des politiques conçues pour améliorer les environnements et les comportements malsains et propices aux maladies chroniques peuvent également réduire le risque de blessures.
- Les gens qui travaillent à améliorer la santé mentale ou qui offrent un soutien aux personnes souffrant d'une maladie mentale contribuent de maintes façons à la diminution du risque de blessures. L'amélioration de la **santé mentale** et le renforcement de la résilience chez les particuliers et les collectivités sont essentiels à la réduction des suicides, de la violence et de la possibilité de comportements à risque.
- Les efforts déployés pour **aplanir les disparités en matière de santé** permettent non seulement de réduire les risques pour la santé, mais également d'améliorer la sécurité et de diminuer le risque de blessures.
- La création d'environnements qui favorisent et soutiennent l'**activité physique** peut également améliorer la sécurité des activités pour tous.
- Les politiques qui soutiennent des **modes de transport** sécuritaires, alternatifs et durables peuvent réduire l'exposition au risque de blessures par accidents de la route.
- L'usage abusif de l'alcool ou des drogues est une source majeure de risque de blessures. Les stratégies conçues pour réduire l'**abus des substances psychoactives** aideront aussi à réduire les taux de blessures.

Même ceux qui considèrent que la prévention des blessures ne fait pas partie de leurs principales attributions ont quand même un rôle à jouer dans la présente stratégie renouvelée, laquelle sollicite la participation de tous et fournit un cadre d'action intégré comme point de référence commun. La réussite de la stratégie dépend de l'engagement de tous les intervenants qui peuvent, soit par leur mandat, soit par leur habileté, exercer une influence positive en matière de prévention des blessures.

Enfin, la stratégie renouvelée appartient à tous les Néo-Écossais, et la responsabilité de sa réussite est partagée entre un grand nombre de secteurs et d'intervenants. Le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé continuera à assurer le leadership provincial et à faciliter la coordination de la stratégie. Cependant, chacun a un rôle à jouer pour faire de la Nouvelle-Écosse un endroit plus sain et plus sécuritaire. Nous y réussirons seulement si tous les partenaires vont de l'avant et contribuent à la mise en œuvre de la stratégie renouvelée. Nous parlons ici d'une responsabilité partagée.



Liens vers d'autres stratégies et initiatives

Au cours des dernières années, bon nombre de ministères ont rédigé et mis en œuvre des stratégies visant à améliorer la santé et le bien-être des Néo-Écossais. La présente partie décrit brièvement quelques-unes de ces stratégies et le rôle important qu'elles auront à jouer dans la réduction des blessures.

Stratégie de la Nouvelle-Écosse sur la consommation d'alcool

La consommation d'alcool représente un des risques les plus importants de blessures et est fréquemment associée aux accidents de la route, chutes, suicides et actes violents. L'ETCAF (ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale) est une anomalie congénitale causée par la consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse et pouvant mener à des comportements impulsifs et à une forte tendance à prendre des risques. En 2007, le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé a lancé sa stratégie intitulée « *Changing the Culture of Alcohol Use in Nova Scotia: An Alcohol Strategy to Prevent and Reduce the Burden of Alcohol-Related Harm in Nova Scotia* » visant à changer la culture de la consommation d'alcool en Nouvelle-Écosse et à réduire les dommages liés à l'alcoolisme. Comme le risque de blessures s'accroît parallèlement à la consommation d'alcool, il importe d'harmoniser les stratégies de lutte contre l'alcoolisme et de prévention des blessures pour en augmenter leur portée et leur efficacité.

Stratégie pour les enfants et pour les jeunes

Nos enfants en valent la peine!, la stratégie pour les enfants et pour les jeunes de la province a été élaborée en 2007 à la suite des recommandations de la Commission Nunn, dont l'enquête portait sur le décès tragique d'une femme heurtée par une voiture volée conduite par un adolescent. Sous la responsabilité du ministère des Services communautaires, avec l'appui d'un comité de direction interministériel, la stratégie offre une excellente occasion de s'attaquer à de nombreuses causes de la violence chez les jeunes et de leurs comportements fortement risqués qui entraînent souvent des blessures.

Stratégie pour un vieillissement positif en Nouvelle-Écosse

Chaque mois, 700 Néo-Écossais célèbrent leur 65^e anniversaire de naissance. Actuellement, la province compte plus de 130 000 personnes âgées, et ce nombre devrait atteindre 260 000 d'ici 2025. Compte tenu du vieillissement de la population, une tendance à la hausse des taux de blessures se dessine à l'horizon. Les aînés sont vulnérables à une grande variété de blessures, dont celles liées aux chutes, à la violence et aux mauvais traitements, ainsi qu'aux suicides et aux accidents routiers et piétonniers. La *Stratégie pour un vieillissement positif en Nouvelle-Écosse* énumère neuf objectifs et 190 mesures sociétales visant à l'atteinte de ces objectifs, dont bon nombre contribueront à réduire les blessures chez les Néo-Écossais d'âge avancé.

Stratégie de prévention du crime

Présentée en 2007, la stratégie intitulée *Time to Fight Crime Together: Our Strategy to Prevent and Reduce Crime* sert de guide à ceux qui s'efforcent de réduire et de prévenir la criminalité en Nouvelle-Écosse. Les groupes de jeunes et les crimes violents sont priorités dans ce document qui souligne le besoin de s'attaquer aux causes profondes de la criminalité comme l'un des piliers de la stratégie de prévention du crime. Puisque les causes profondes de la criminalité sont intimement liées aux déterminants de la santé et aux causes profondes des blessures et des maladies, il y a une forte interconnexion entre les principes directeurs de la stratégie de prévention du crime et ceux de la *Stratégie de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse*. La collaboration et l'intégration offrent de nombreuses possibilités d'agir en fonction des objectifs communs d'amélioration de la santé et de réduction du crime.



Que tentons-nous d'accomplir?

L'objectif de la *Stratégie de prévention des blessures* de 2004 était de « maximiser la capacité de tous les intervenants en prévention des blessures à réduire les conséquences physiques, émotionnelles et économiques des blessures en Nouvelle-Écosse ». La stratégie renouvelée enchâsse cet objectif dans une vision plus large de la santé, de la sécurité et de la prospérité dans la province. La stratégie vise à appuyer, au cours des trois à cinq prochaines années, tous les intervenants de la Nouvelle-Écosse dans la poursuite de leurs efforts pour bâtir une Nouvelle-Écosse plus saine et plus sécuritaire en intensifiant la prévention des blessures.

Principales mesures du succès

La Nouvelle-Écosse a parcouru beaucoup de chemin depuis le lancement de la stratégie initiale en 2004, mais la route est encore très longue. En définitive, nous nous dirigeons vers une province où nous ne tolérerons que de petites blessures insignifiantes. En mettant en application la stratégie renouvelée, une gamme d'indicateurs peut être utilisée pour voir si nous changeons vraiment les choses. Les indicateurs énumérés ci-dessous servent de point de départ à l'évaluation de la réussite de la stratégie.

Mesures à court terme

À court terme, nous verrons :

- la collaboration et le réseautage intrasectoriels comme intersectoriels accrus;
- le leadership et la capacité renforcés, tant au niveau provincial que local;
- des politiques et des programmes basés davantage sur les faits;
- une coopération et une collaboration accrues entre les intervenants en prévention des blessures et intégration des efforts à d'autres initiatives afin de remédier aux causes profondes des blessures.

Mesures à moyen terme

À moyen terme, nous verrons :

- une meilleure intégration des efforts entre les secteurs, les lieux de vie, les groupes de population et les enjeux;
- un usage accru de la politique de santé publique pour réduire les blessures aux niveaux provincial, local et organisationnel;
- des systèmes plus forts pour gérer les disparités en matière de blessures;
- des systèmes plus forts pour gérer les causes profondes des blessures.

Mesures à long terme

À long terme, nous verrons :

- une diminution des blessures et de leur gravité;
- moins de cas d'invalidité provenant de blessures;
- une diminution du risque global de blessures chez les Néo-Écossais;
- une réduction des conséquences sociales et économiques des blessures.

L'amélioration de sa santé et de la sécurité de tous les Néo-Écossais prendra un certain temps.

L'utilisation des indicateurs de succès pour vérifier nos progrès vers cet objectif ultime nous aidera à déterminer les enjeux et les obstacles, à élaborer des solutions et à célébrer nos succès en cours de route.

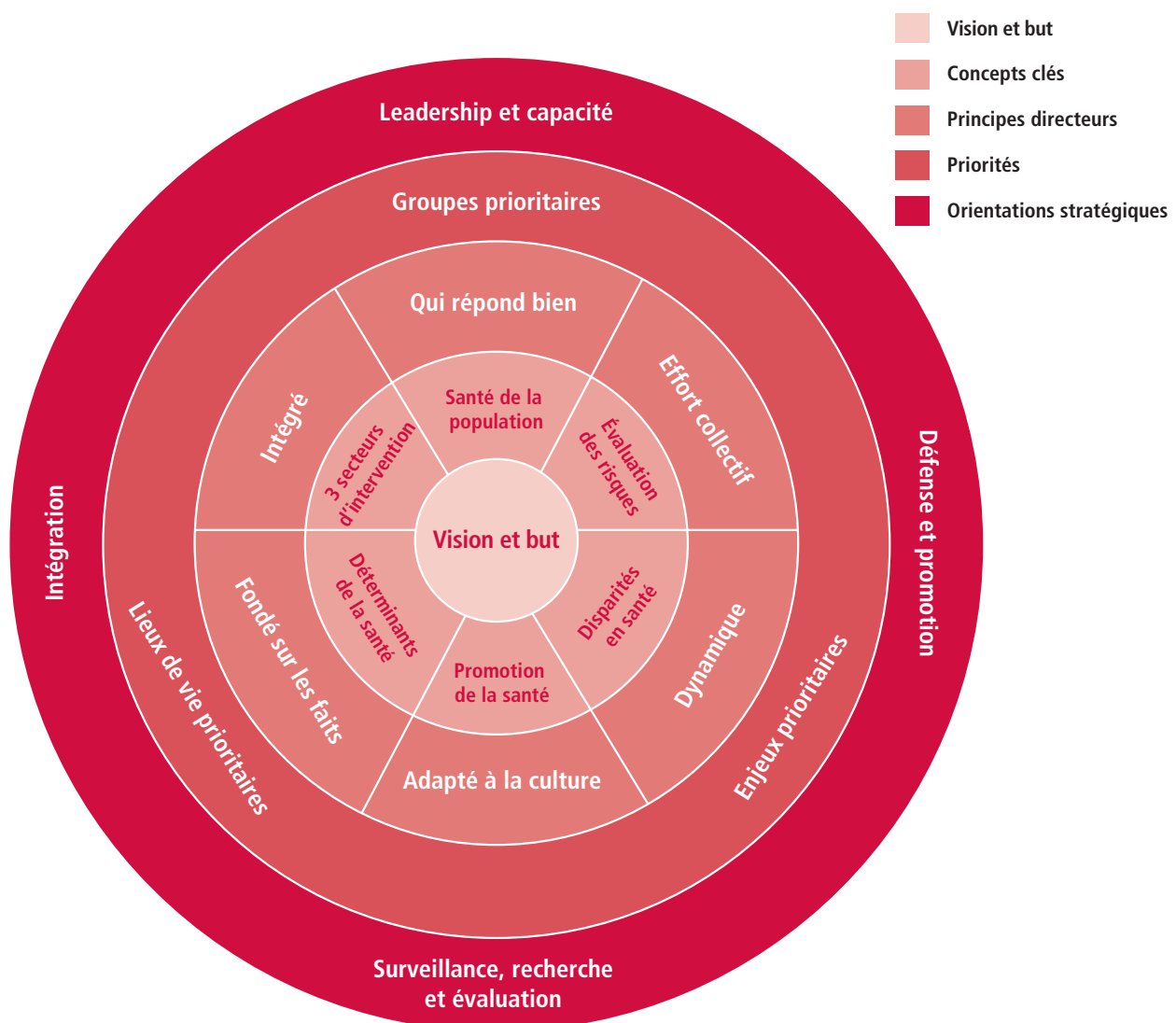


Stratégie renouvelée de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse

Cadre d'action

Le schéma qui suit illustre les éléments importants de la *Stratégie renouvelée de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse*. Il vise à aider tous les intervenants à harmoniser efficacement les initiatives et activités de prévention des blessures avec la stratégie.

Le cercle du centre indique la vision et le but de la stratégie. Le cercle qui suit renferme les concepts clés tirés des domaines de promotion de la santé, de santé publique et de prévention des blessures qui sont les fondements de la stratégie. Les concepts clés mènent aussi à des « façons de travailler » particulières qui sont englobées par les principes directeurs (le troisième cercle) et à la détermination des lieux de vie, des enjeux et des groupes prioritaires (le quatrième cercle). Le cercle extérieur établit les orientations stratégiques, lesquelles incluent des mesures spécifiques qui sont décrites plus loin dans le document.



Vision et but

Vision

Tous ensemble en Nouvelle-Écosse, nous travaillons pour créer des collectivités saines et sécuritaires.

Des collectivités saines sont des endroits sécuritaires, durables et prospères où il fait bon grandir, vivre, travailler, s’amuser et vieillir. Pour atteindre les orientations stratégiques de la présente stratégie, la prévention des blessures doit s’intégrer dans une action plus large et globale ayant pour but de créer et d’améliorer les environnements sociaux, économiques et physiques et les ressources au sein des collectivités. Par ce moyen, nous permettrons à chacun de réaliser tout son potentiel et de participer activement à la vie sociale, économique, culturelle et politique. Collectivement, nous devons renforcer nos capacités de développer et d’améliorer, à l’échelle du gouvernement et des collectivités, les relations, les réseaux, les politiques, l’infrastructure, les systèmes et les pratiques qui, dans leur ensemble, ont pour effet d’accroître la qualité de vie actuelle et future des Néo-Écossais.

But

La stratégie est une approche intégrée et globale qui guide nos efforts collectifs en vue de créer des collectivités en santé et de réduire ainsi les blessures.



L'histoire de Sylvain

Par une nuit froide et claire du printemps passé, juste avant minuit, Sylvain, un jeune homme de 17 ans, roulait à vive allure sur les routes de campagne au volant de la vieille voiture familiale, lorsqu'il perdit soudain le contrôle de son véhicule et frappa un arbre de plein fouet. Sylvain eut les deux jambes brisées et la colonne vertébrale lourdement endommagée.

De prime abord, nous serions portés à attribuer l'accident de Sylvain à sa conduite imprudente et peut-être à son inexpérience. Toutefois, si nous analysons mieux la situation, nous verrons que cette histoire est vraiment plus complexe. Quelles sont les causes réelles de l'accident?

Les balades nocturnes de Sylvain étaient en fait une façon de réagir à sa colère et sa solitude.

Sylvain était mal dans sa peau. Il vivait avec sa mère depuis que celle-ci s'était séparée de son père. Il ne voyait ce dernier que très rarement maintenant et il craignait de le perdre à jamais. Toute cette histoire familiale exerçait sur lui un stress énorme.

L'argent était un gros problème. Sa mère travaillait sans relâche. Elle cumulait deux emplois juste pour payer les factures. On aurait dit qu'elle n'était jamais à la maison. Sylvain essayait de trouver du travail afin de pouvoir aider, ne serait-ce qu'en gagnant son propre argent de poche. Les temps étaient durs cependant et, dans sa ville, où il ne se passait pas grand-chose, il n'y avait tout simplement pas de travail pour un jeune homme sans expérience comme Sylvain.

L'école était également une source de problèmes pour Sylvain. En fait, il détestait l'école. Il s'y sentait frustré et n'avait pas l'impression d'y apprendre quelque chose d'utile. Ses parents et ses enseignants étaient sans cesse sur son dos pour qu'il améliore ses résultats. Toutefois, Sylvain pensait sérieusement à quitter l'école, même si la réaction de sa mère l'effrayait. Allait-elle le mettre à la porte s'il ne fréquentait plus l'école?

Sylvain devenait peu à peu un jeune homme en colère, ce qui nuisait à ses amitiés et accentuait de plus en plus son sentiment de solitude. Il avait bien eu une petite amie pendant un moment, mais la relation s'était brisée quelques mois auparavant. Elle lui avait dit qu'il devait se ressaisir et cesser d'en vouloir au monde entier. Certains des amis de Sylvain avalaient des pilules pour se donner des « high » et, même s'il en



avait pris à quelques reprises, il ne voulait plus en prendre. Il aimait rester en possession de ses moyens, ce qui lui permettait d'aider à la maison auprès de ses petites sœurs.

La maison était plus ou moins le seul endroit où il pouvait se tenir. Sa famille vivait aux limites de la ville, à son avis, au milieu de nulle part. Même s'il se rendait en ville, il n'y avait aucun endroit réservé aux jeunes. Ses amis avaient l'habitude de se réunir à l'école le soir et pendant les fins de semaine, grimpant parfois sur le toit pour fuir les policiers. Il n'y avait vraiment pas grand-chose à faire dans le coin. Le vieux centre communautaire avait fermé ses portes deux ans auparavant, car la ville n'avait pas les moyens de le garder ouvert, en raison du manque de résidants. Sylvain et ses sœurs avaient déjà fait partie d'équipes de hockey. Ils jouaient plutôt bien, mais la famille ne pouvait plus se permettre cette dépense.

Les blessures subies par Sylvain ont bouleversé sa vie. Il doit maintenant affronter toute une série de nouveaux défis. Comment se rendre chez ses médecins et aux rendez-vous de réadaptation dans la grande ville? Qui l'aidera à faire ses exercices? Aucun de ses amis ne s'arrête plus chez lui. Sylvain est encore plus déprimé. La relation qu'il avait avec sa mère, son père et ses sœurs n'est plus la même et il n'a aucune idée de comment tout cela se terminera.

Tout comme Sylvain, ses amis et sa famille commencent à peine à ressentir l'ampleur des conséquences futures de l'accident et son impact sur l'avenir de Sylvain. Ce dernier ne sera plus jamais le même. Ses projets d'emploi sont anéantis et le simple fait de terminer ses études lui semble une tâche impossible. De plus, de telles blessures vont fragiliser la santé de Sylvain pour le reste de sa vie.

Concepts clés

La participation d'un si grand nombre de secteurs et d'organismes à la prévention des blessures peut entraîner une certaine confusion quant à la terminologie, aux rôles et aux approches. La présente section vise à souligner certaines approches communes — celles qui sont fondées sur des données probantes et des pratiques exemplaires et qui font partie intégrante de notre travail. On y trouve l'explication de six concepts interdépendants qui sont utilisés à l'échelle nationale et internationale pour promouvoir la santé et en arriver à une réduction de l'incidence des maladies et des blessures. Ces six concepts clés doivent servir à notre travail de prévention des blessures en Nouvelle-Écosse.

La santé de la population

« Le concept de la santé de la population repose sur une longue tradition en matière de santé publique et de promotion de la santé. »²⁸ S'inspirant des stratégies de promotion de la santé (expliquées ci-après), la santé de la population est un cadre largement utilisé pour comprendre les courbes de santé, de maladies et de blessures à l'échelle d'une population globale. Une optique de la prévention des blessures axée sur la santé de la population soulève des questions telles que : Quels types de blessures sont les plus courantes? Certains groupes de population sont-ils plus vulnérables aux blessures? Existe-il des conditions au sein des environnements sociaux et physiques qui augmentent les probabilités de blessures? L'adoption d'une approche de prévention des blessures axée sur la santé de la population signifie ce qui suit :

- viser l'ensemble de la population ainsi que certains de ses sous-groupes;
- utiliser des stratégies de promotion de la santé qui demandent d'agir à divers niveaux et dans différents lieux de vie;
- s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et à leurs interactions;

- accorder une attention particulière aux groupes de population où existent les plus grandes disparités en matière de santé;
- collaborer au-delà des divers secteurs d'activité;
- interagir avec les collectivités;
- prendre des décisions basées sur des données probantes et rendre compte des résultats.

La santé de la population s'appuie sur les cinq stratégies exposées dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*²⁹ afin d'influer sur les déterminants sociaux de la santé, de réduire les disparités en santé et d'améliorer la santé générale de la population.

Promotion de la santé

Les approches axées sur la santé de la population au Canada et dans le monde s'inspirent fortement du domaine de la promotion de la santé, spécialement la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. La *Charte d'Ottawa* met de l'avant cinq stratégies essentielles pour promouvoir la santé et prévenir les blessures et les maladies :

- **Élaborer une politique publique saine** — En inscrivant la santé à l'ordre du jour des décideurs dans tous les secteurs et à tous les niveaux.
- **Créer des environnements favorables** — En reconnaissant l'influence des environnements sociaux et physiques et la nécessité que chacun puisse avoir la possibilité de faire des choix sains et sécuritaires.
- **Renforcer l'action communautaire** — Par l'habilitation des collectivités et leur appropriation et contrôle de leurs propres efforts et destinées.
- **Acquérir des aptitudes individuelles** — En améliorant les aptitudes des gens à exercer un plus grand contrôle sur leur propre destinée et sur les environnements influant sur leur santé.

- **Réorienter les services de santé et autres services** — Dans l’optique d’insister sur la prévention plutôt que sur le traitement. Bien que l’accent soit habituellement mis sur la réorientation des services de santé, d’autres secteurs, tel le système judiciaire, peuvent également avoir un rôle important à jouer pour faire diminuer sensiblement les causes profondes des blessures et de l’altération de la santé.

Une nouvelle façon de penser

Par le passé, les efforts de prévention des blessures étaient très souvent axés sur le comportement individuel. On croyait qu’en sensibilisant et en éduquant davantage la population, on amènerait les gens à prendre de meilleures décisions concernant leur sécurité. Toutefois, nous savons maintenant que les stratégies visant à améliorer les comportements ont des impacts limités et qu’elles peuvent même contribuer à élargir le fossé entre les membres les plus en santé d’une société et ceux qui le sont moins.

Bien qu’un grand nombre de politiques conçues pour réduire les blessures (p. ex., ceinture de sécurité, santé au travail) aient donné de bons résultats, il arrive souvent que les politiques et mesures législatives récentes ne reconnaissent pas que certaines personnes ne possèdent pas les ressources requises pour s’y conformer, même quand elles le désirent. Bon nombre de gens assument ainsi que les blessures sont attribuables à la négligence et au non-respect des conseils de sécurité, plutôt qu’à des facteurs propices aux blessures liés aux environnements sociaux et physiques. L’élaboration de politiques gouvernementales saines visant à créer des environnements sociaux et physiques positifs et équitables est une priorité de la présente stratégie renouvelée.

Déterminants sociaux de la santé

La santé et les blessures sont influencées par une gamme de facteurs souvent appelés les déterminants sociaux de la santé. L’âge et le sexe ont déjà été désignés dans le présent document comme des déterminants des blessures en Nouvelle-Écosse. Parmi les autres déterminants sociaux qui influent sur la santé, se trouvent le revenu, le niveau d’instruction, l’emploi, le logement, la sécurité alimentaire, les toxicomanies et l’inclusion sociale. Les déterminants sociaux de la santé sont complémentaires; c’est leur influence combinée qui définit la bonne santé des particuliers et des collectivités.

Au début de 2009, l’Organisation mondiale de la Santé a publié un document d’information destinées aux responsables politiques et intitulé « L’action relative au clivage en matière de sécurité socio-économique », lequel concluait que les personnes ayant un statut socio-économique faible et celles qui habitent les quartiers défavorisés risquent plus de mourir de blessures intentionnelles et non intentionnelles que les personnes vivant dans les quartiers riches.³¹ Ces conclusions s’appliquent à un grand nombre des causes principales de blessures, y compris les accidents de la route, suicides, actes de violence, empoisonnements, brûlures et incendies. Les résultats de l’examen systématique montrent l’importance de bien comprendre toutes les conditions socio-économiques dans lesquelles les blessures se produisent et d’agir en conséquence. Des études récentes en Nouvelle-Écosse ont également démontré le lien entre le revenu et les taux de suicides et de tentatives de suicide, de chutes chez les aînés et de blessures subies par les enfants et les adolescents.^{32, 33, 34}

Le renouvellement de la *Stratégie de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse* nous donne l’occasion d’adhérer à une vérité que nous connaissons déjà depuis très longtemps, soit que les gens (particuliers, collectivités et groupes de population) font des choix en fonction des options qu’ils ont.³⁵ Par exemple, le niveau d’instruction et la profession ont une incidence sur le revenu et le statut social. Ces facteurs aident à leur tour les gens à avoir la maîtrise de leur vie et contribuent à la santé des particuliers comme des collectivités. Les environnements physiques où nous grandissons, vivons, travaillons, jouons et vieillissons influent aussi sur notre santé. Même notre niveau ressenti

d'intégration et d'engagement à l'égard de nos amis, de notre famille et de notre collectivité a une incidence sur la santé que nous aurons.

« Selon la nature de ces environnements, les conditions matérielles, le soutien psychosocial et les schémas comportementaux ne sont pas les mêmes pour tous les groupes et les rendent plus ou moins vulnérables aux problèmes de santé. »³⁶ Par exemple, les gens dont le revenu est moins élevé peuvent ne pas être en mesure d'acheter les nouveaux modèles de voiture affichant les meilleures cotes de sécurité ou d'équiper leur voiture de pneus d'hiver. Les personnes qui ne sont pas incluses dans la vie de leur collectivité peuvent se sentir beaucoup plus isolées et déprimées, ce qui les mène à des comportements plus à risque et même au suicide.

Nous savons également que certains groupes de personnes en Nouvelle-Écosse sont en moins bonne santé que d'autres. Les caractéristiques des groupes qui présentent des disparités en matière de santé incluent les personnes ayant des niveaux d'instruction et de revenu inférieurs, les personnes qui vivent en milieux ruraux ou dans des quartiers plus pauvres ou celles qui font partie de groupes victimes de discrimination. Ces caractéristiques ne sont pas celles de personnes prises individuellement, mais des environnements économiques et sociaux dans lesquels elles grandissent, vivent, travaillent, s'amuse et vieillissent.

Les personnes qui vivent en milieux défavorisés ressentent souvent plus lourdement les effets des blessures. Un des objectifs de la *Stratégie renouvelée de prévention des blessures* est de reconnaître et d'aplanir ces disparités et de réduire les dommages faits par les blessures à tous les Néo-Écossais.

Données sur les effets du statut socio-économique sur les blessures

- Le taux de mortalité chez les enfants de parents sans emploi au Royaume-Uni étaient 38 fois plus élevés que chez les enfants de parents bien nantis.
- Il existe une forte corrélation entre les décès causés par les blessures et les difficultés matérielles chez les particuliers et dans les quartiers.
- Au Royaume-Uni, le taux de mortalité accidentelle des enfants piétons ou cyclistes dont les parents sont sans emploi est de 20 % supérieur à celui des enfants de parents ayant un statut professionnel plus élevé.
- Au Royaume-Uni, le taux de mortalité liée aux incendies domiciliaires des enfants de parents sans emploi est 38 fois supérieur à celui des enfants de parents ayant un statut professionnel plus élevé.
- Aux É.-U., des études ont révélé que le risque de blessures était jusqu'à 19 fois plus élevé chez les enfants dont la mère n'avait pas fini l'école secondaire.³⁰



Disparités en matière de santé

D'importantes disparités en matière de santé existent partout au Canada et sont plus prononcées dans certains sous-groupes comme les groupes à faible revenu, les foyers monoparentaux avec enfants dirigés par une femme et les collectivités autochtones. Les disparités en matière de santé sont les écarts dans l'état de santé parmi une population. Elles sont largement influencées par des facteurs économiques et sociaux comme la pauvreté, le sexe, ainsi que la race ou l'ethnicité. Les disparités en matière de santé peuvent être perçues comme des indicateurs de l'iniquité sociale et économique.

Les disparités en matière de santé ont été caractérisées dans de nombreux rapports comme une importante question de santé publique. Le rapport de 2008 de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada indique que les cols bleus connaissent un taux d'accidents avec blessures au moins quatre fois plus élevé que les cols blancs et que les hommes sont au moins deux fois plus susceptibles de subir une blessure au travail que les femmes.³⁷ En Nouvelle-Écosse, nous savons que les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes d'être hospitalisées pour une tentative de suicide, tandis que les hommes sont plus susceptibles de mourir par suicide que les femmes.³⁸ Chez les aînés néo-écossais, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être hospitalisées en raison d'une chute et les hommes courent un plus grand risque de mourir à la suite d'une chute.³⁹ Rappelons également les liens décrits précédemment entre le revenu et le risque de blessures. D'après une approche axée sur la santé de la population, ces données démontrent que les blessures sont liées à des facteurs comme l'emploi, le revenu et le sexe. Par conséquent, les efforts de prévention des blessures doivent prendre en compte les groupes spécifiques et les causes profondes et donner des réponses.

Les trois secteurs d'intervention de la prévention des blessures

Les orientations stratégiques de la présente stratégie ont également été élaborées en tenant compte de trois secteurs d'intervention de la prévention des blessures, soit l'éducation, l'application (des politiques et des lois) et l'ingénierie.

Éducation

Les attitudes, les connaissances, les aptitudes et les croyances influencent les comportements humains. Traditionnellement, un grand nombre d'efforts de prévention des blessures étaient orientés sur l'éducation et la sensibilisation des gens, c'est-à-dire leur faire prendre conscience des dangers associés à certains comportements et leur offrir d'autres solutions plus sécuritaires. Bien que l'éducation et la sensibilisation du public puissent jouer un rôle important pour modifier les attitudes, les connaissances, les aptitudes et les croyances, nous devons reconnaître que d'autres facteurs, tels les environnements sociaux et physiques modifient également les comportements. L'approche de prévention des blessures par l'éducation et la sensibilisation n'est pas vraiment efficace si elle est utilisée seule; par contre, ses composantes constituent souvent des éléments essentiels à des stratégies plus larges de réduction des blessures.

Lorsque nous considérons le concept d'éducation, il est également important de nous demander qui sera la cible des efforts d'éducation et de sensibilisation. Nous ne devons pas choisir comme cible uniquement le grand public ou des sous-groupes de population. Au contraire, il peut se révéler très stratégique de diriger nos efforts d'éducation et de sensibilisation vers d'autres groupes pouvant jouer un rôle important dans la résolution du problème des blessures. Ces autres auditoires importants incluent les professionnels de la santé, les services de maintien de l'ordre, les éducateurs, les médias, les législateurs et le monde des affaires.

La notion d'éducation est incorporée dans les stratégies de promotion de la santé visant le renforcement de l'action communautaire et le développement des aptitudes personnelles. Par l'éducation, les particuliers et les collectivités peuvent participer davantage à l'amélioration de la santé et de la sécurité.

L'application

L'application fait référence à l'adoption de lois, de règlements, de procédures et de politiques conçus pour réduire les blessures, et à leur mise en application. La notion d'application intervient à divers niveaux : gouvernement, institutions, organismes, voire même familles. L'application cherche à provoquer des changements de comportement et à infléchir les normes et la culture sociétales vers une plus grande prévention des blessures. L'application en tant qu'outil de prévention des blessures est intégrée à l'idée de créer des environnements positifs, de réorienter les services et d'élaborer des politiques publiques saines.

Exemples d'application

Gouvernement — Lois sur la santé et la sécurité au travail et mesures de coercition;

Institutions — Règlements qui défendent de se lancer des balles de neige à l'école;

Organismes — Procédures de manipulation d'un produit dangereux au travail;

Familles — Règles pour les adolescents concernant l'usage de la voiture familiale.

Ingénierie

L'ingénierie cherche à modifier les environnements sociaux et physiques de même que les caractéristiques de certains produits (p. ex., véhicules, équipement de sécurité) afin de réduire le risque de blessures. Le concept d'ingénierie est intégré dans la promotion de la santé au moyen de politiques de santé publique, en créant des environnements positifs et en réorientant les services.

Nous visons à créer des collectivités en bonne santé et, pour ce faire, nous devons employer toute une gamme de stratégies qui s'appuient sur l'éducation, l'application et l'ingénierie. Les approches intégrées nous rappellent d'être attentifs à ces facteurs dans les environnements économiques, sociaux et physiques des particuliers, des familles et des collectivités. Isolés, ces trois secteurs d'intervention ne sont pas très utiles. Ils fonctionnent dans un cadre global de promotion de la santé et donc de prévention des blessures.

L'évaluation des risques

La plupart des défenseurs de la prévention des blessures seraient d'accord pour dire que nous ne pouvons pas — et ne devrions pas — protéger les Néo-Écossais de tous les dangers auxquels ils sont exposés dans leur vie de tous les jours. Ce ne serait ni pratique, ni très sensé. Au lieu de cela, la présente stratégie reconnaît que le risque fait partie de la vie quotidienne. La saine gestion des risques aide au développement des aptitudes en matière de prise de décisions positives et renforce l'estime de soi, grâce à un sentiment d'accomplissement une fois le risque surmonté.

La prise de risques positifs, surtout chez les jeunes, aide à devenir des adultes résilients ayant une capacité de faire face aux situations difficiles. Dans le cadre de la stratégie, nous devons promouvoir la prise de risques positifs et travailler de concert avec nos partenaires pour offrir des substituts positifs aux risques négatifs comme la consommation nocive de drogues, les beuveries ou la recherche dangereuse de sensations fortes. En aidant les Néo-Écossais à reconnaître les activités où il y a risque de blessures et en leur offrant de bonnes politiques et des environnements favorables qui limitent les risques, nous réussirons à prévenir les blessures.

Il nous faut créer des politiques et des environnements favorables pour assurer la sécurité des citoyens, tout en les encourageant quand même à prendre des risques positifs. La présente stratégie propose de fournir aux gens les moyens (p. ex., équipement ou entraînement sécuritaire) et des lieux de vie sécuritaires (p. ex., routes, skate-parks, terrains de jeu) qui encourageront la prise de risques positifs.

Trouver le bon équilibre

Trop de risques, l'enfant est mis en danger.
Pas assez de risques, l'enfant est privé de
saines occasions de croissance et de
développement psychologique.⁴⁰

Savoir-faire culturel

Le savoir-faire culturel est un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques qui se trouvent dans un système, un organisme, un ministère ou un groupe de spécialistes et qui permettent à tous de travailler ensemble dans le cadre de situations interculturelles et variées.

Le savoir-faire culturel demande de tenir compte du pouvoir et des privilèges, des différences visibles et non visibles, de l'accès équitable, du racisme et de l'oppression.

La méconnaissance des différences géographiques, religieuses, sociales, culturelles, linguistiques ou autres au sein de la population rend plus difficile l'accès à l'information, à la compréhension du risque, à la création d'environnements sûrs et à des choix sécuritaires — ce qui en définitive diminue notre aptitude à réduire les blessures.⁴¹

Principes directeurs

S'articulant autour de la vision et des concepts clés de la stratégie, les principes sous-jacents suivants ont été élaborés pour guider notre travail.

- **fondé sur les faits** — surveillance, recherche et voix des collectivités éclairent le travail sur la stratégie;
- **effort collectif** — favoriser les occasions de travail concerté et intégrer nos efforts pour créer des collectivités en santé;
- **qui répond bien** — capacité de répondre aux besoins de tous les groupes de population en fonction des priorités établies à partir des faits;
- **dynamique** — contrôler, évaluer et améliorer continuellement;
- **intégré** — travailler ensemble entre les secteurs pour s'attaquer aux facteurs et aux causes profondes qui augmentent le risque de blessures tant intentionnelles que non intentionnelles;
- **adapté à la culture** — reconnaître les besoins particuliers de divers groupes de population et y répondre.



Priorités stratégiques

Les priorités du cadre d'action sont basées sur la surveillance, la recherche et la consultation. Ces priorités ont été établies pour guider la planification et l'allocation des ressources en matière de prévention des blessures.

Enjeux prioritaires

Les blessures qui ont le plus d'impact sur le plan humain, social et économique en Nouvelle-Écosse sont considérées comme étant les axes prioritaires d'intervention de chaque orientation stratégique. Ces enjeux prioritaires sont les suivants :

- chutes chez les aînés
- suicides et tentatives de suicide
- sécurité routière

Groupes prioritaires

Les groupes de population prioritaires sont ceux qui sont connus, preuves à l'appui, pour être les plus à risque de blessures. Les groupes prioritaires sont les suivants :

- enfants et adolescents
- Néo-Écossais âgés (aînés)
- autres groupes à risque accru de blessures

Lieux de vie prioritaires

L'approche basée sur les lieux de vie est considérée comme une pratique exemplaire en promotion de la santé. Elle fournit des occasions stratégiques d'intégrer les efforts de prévention dans les milieux où les gens, grandissent, vivent, travaillent, s'amuse et vieillissent. Ce qu'il faut, c'est intervenir non seulement au sein des lieux de vie, mais de considérer les lieux de vie eux-mêmes comme ayant une importance circonstancielle en matière de blessures. Les lieux de vie prioritaires sont les suivants :

- écoles
- lieux de travail
- domiciles
- collectivités
- routes et rues
- installations de soins de santé
- installations récréatives et de loisirs

Quelques mots sur les blessures au travail

Les blessures sur les lieux de travail sont un enjeu important en Nouvelle-Écosse. Bien que la présente stratégie ne s'y attaque pas spécifiquement, il nous faut souligner les efforts importants de la Commission d'indemnisation des accidents du travail (CIAT) et de ses partenaires pour réduire les blessures au travail. La plupart des mesures mentionnées dans la *Stratégie renouvelée de prévention des blessures* auront une incidence positive sur la sécurité et la santé des travailleurs de la Nouvelle-Écosse.

La CIAT vise essentiellement à réduire la souffrance humaine et les coûts associés aux accidents du travail. Forte d'une opinion claire exprimée par les intervenants, la CIAT s'est fixé des objectifs ambitieux — d'ici à 2016, une réduction de 22 % du nombre de personnes blessées au travail et une réduction de 26 % de la perte de temps due aux blessures. Ainsi, jusqu'en 2016, il devrait y avoir 5 000 Néo-Écossais de moins blessés au travail chaque année et 1 300 cas de moins de perte d'heures de travail en raison d'une blessure.

Le travail de la CIAT fournit un excellent exemple d'une approche globale de la prévention des blessures, tout en aidant à créer une culture de sécurité au travail en Nouvelle-Écosse. L'approche de la CIAT englobe la sensibilisation accrue à la sécurité au travail chez les Néo-Écossais et la promotion de pratiques de sécurité professionnelle au travail. La CIAT a mis en place des politiques qui offrent des incitatifs s'appliquant aux taux pour récompenser les employeurs qui prennent des mesures positives pour améliorer leurs lieux de travail, tout en encourageant les employeurs négligeants à agir au plus tôt.

Les soins de santé comme lieux de prévention des blessures

Les politiques et les pratiques dans divers lieux de vie ont une incidence directe sur la prévention des blessures (p. ex., prévention des chutes chez les aînés, toxicomanies et santé mentale, condition physique nécessaire à la conduite).

Les lieux de vie de soins de santé comprennent les installations de soins primaires, de soins d'urgence et de courte durée ainsi que de soins continus.

Orientations stratégiques

Les orientations stratégiques sont les voies à emprunter afin de concrétiser la vision de la *Stratégie renouvelée de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse*. Les orientations et les mesures qui leur sont afférentes reposent sur les résultats des consultations, les tendances courantes et les pratiques exemplaires. Elles sont également liées aux orientations et aux priorités gouvernementales pour le système de santé publique.

Les mesures énumérées sous chaque orientation stratégique représentent les types d'activités qui devront être entreprises par tous les intervenants, au cours des trois à cinq prochaines années, pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie. La liste ne se veut ni exhaustive, ni normative. Il s'agit plutôt d'un outil mis à la disposition de tous les intervenants pour les aider à déterminer les mesures à prendre pour prévenir les blessures dans les années à venir.

En grande partie, les mesures énumérées ci-dessous s'appliquent à plus d'une orientation stratégique.

1. Intégration

Afin de concrétiser la vision de la stratégie, les intervenants de tous les secteurs de la société devront déployer ensemble des efforts stratégiques et concertés pour changer les facteurs sociaux, politiques, économiques et physiques qui déterminent le bien-être collectif. Un travail concerté et efficace dans tous les secteurs, les contextes et les lieux de vie créera une synergie qui aura un impact significatif et durable. Cela signifie qu'il nous faut être des catalyseurs, des facilitateurs et des supporters des efforts déployés pour travailler en collaboration. Cela signifie également qu'il faut inclure des stratégies et des initiatives actuelles et émergentes, qu'elles se situent ou non dans le cadre des domaines de santé traditionnels. Des mesures spécifiques seront requises pour assurer que les particuliers, les organismes et les communautés, non seulement comprennent bien leurs rôles individuels et collectifs, mais également aient des occasions de collaborer.

Mesures à l'appui de l'intégration

- 1.1 Travailler en collaboration avec une gamme de partenaires multisectoriels, tant au sein des systèmes qui influent sur la santé et la sécurité qu'entre ceux-ci.
- 1.2 Déterminer et mettre de l'avant les possibilités d'intégration entre les stratégies et les initiatives connexes.
 - 1.2.1 Déterminer les liens et les résultats partagés entre les stratégies ou les initiatives (p. ex., un objectif commun ne pouvant être atteint seul).
 - 1.2.2 Élaborer et maintenir une infrastructure pour appuyer le décloisonnement (p. ex., un groupe de partenaires dûment structuré, non limité par les secteurs, les mécanismes de communication et les politiques traditionnels, qui régira le travail en collaboration).
 - 1.2.3 Déterminer et énoncer clairement les avantages et les possibilités.
 - 1.2.4 Partager les ressources pour maximiser celles déjà existantes et en acquérir de nouvelles.

- 1.2.5 Partager la planification et veiller à éviter les chevauchements inutiles.
- 1.2.6 Partager l'expertise et les données.
- 1.2.7 Partager la responsabilité.
- 1.2.8 Normaliser les processus.
- 1.3 Susciter l'engagement à tous les niveaux de gestion et de direction. Repérer et soutenir les personnes qui préconiseront le travail en collaboration.
- 1.4 Coordonner et consolider la prévention des blessures et autres activités de promotion de la santé à toutes les étapes de la vie humaine et dans les lieux de vie où les gens grandissent, vivent, travaillent, s'amuse et vieillissent.
- 1.5 Faire avancer la prévention des blessures en s'appuyant sur les efforts de prévention déployés à l'échelle des collectivités, des districts, de la province, de la région Atlantique, du pays et des instances internationales.
- 1.6 Maximiser l'intégration en veillant à ce que des mécanismes ou une infrastructure de coordination appropriés existent pour permettre une mise en œuvre efficace des orientations stratégiques.
- 1.7 Travailler de concert avec le *Nova Scotia Trauma Program* et le *Nova Scotia Trauma Advisory Council* pour que la prévention des blessures ainsi que leur traitement et la réadaptation s'inscrivent dans un continuum de programmes, de services et de politiques.

2. Leadership et développement des capacités

Pour que la *Stratégie renouvelée de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse* réussisse, elle doit être dotée d'un solide leadership. Tous les niveaux de gouvernement, le système de santé publique et les intervenants (tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du domaine de la prévention des blessures) doivent être déterminés à mettre la stratégie en œuvre et être comptables de sa réussite. Un leadership partagé entre les instances provinciales et locales est essentiel afin d'assurer une orientation stratégique

ainsi que la coordination et le soutien requis dans ce domaine. La prévention des blessures doit absolument être reconnue comme un enjeu important de santé publique ainsi que de sécurité et de durabilité sociale. Il faudra compter sur un leadership durable et sur la capacité de coordonner et de soutenir tous les aspects de la stratégie. Pour que la transformation des systèmes se fasse avec respect et intégrité au profit de la santé de toutes les collectivités, il faudra entretenir un solide leadership et le partage des responsabilités à tous les niveaux.

Mesures à l'appui du leadership et du développement des capacités

- 2.1 Créer et maintenir des structures de leadership à tous les niveaux et entre les secteurs pour faciliter et coordonner la mise en œuvre de la stratégie.
- 2.2 Affecter des ressources humaines suffisantes aux tâches nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie.
- 2.3 Affecter des ressources pour mettre sur pied et offrir des programmes de formation et de perfectionnement professionnel afin de parfaire les connaissances, les compétences et les aptitudes des praticiens, des bénévoles et des autres intervenants.
- 2.4 Faire participer les collectivités aux décisions relatives à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions.
- 2.5 Aider les collectivités à mieux comprendre l'optique d'équité en matière de santé et à l'appliquer aux initiatives locales de prévention des blessures.
- 2.6 Améliorer la capacité des décideurs à agir sur les nombreux facteurs qui influencent la santé et le bien-être au sein d'une collectivité.

3. Surveillance, recherche et évaluation

Pour réduire les blessures, il faut en connaître les données (nombre, nature et victimes). La surveillance aide à obtenir un portrait statistique des blessures. D'autres recherches peuvent nous aider à comprendre les causes des blessures, les contextes dans lesquelles elles se produisent (p. ex., famille, école, travail, statut socio-économique) et les circonstances qui les entraînent (p. ex., la consommation excessive d'alcool, le manque d'équipement de sécurité). L'évaluation est un moyen qui peut nous servir à analyser les résultats de nos initiatives de prévention pour guider nos activités futures. Les décisions des pouvoirs publics et les mesures prises par les intervenants peuvent être éclairées par la prompt communication des connaissances acquises par la surveillance, la recherche et l'évaluation.

Mesures à l'appui de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation

- 3.1 Continuer à travailler en vue d'atteindre les objectifs établis dans la stratégie de surveillance des blessures de la Nouvelle-Écosse de 2005.
 - 3.2 Échanger les résultats de la recherche sur les pratiques exemplaires et prometteuses, la documentation sur les programmes et les liens et recoupements avec d'autres ressources, par l'entremise du réseau *Health Promotion Clearinghouse*.
 - 3.3 Développer des outils et des ressources pour aider les collectivités et les décideurs à appliquer les connaissances issues de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation.
 - 3.4 Renforcer les capacités locales en matière de recherche, de surveillance, d'évaluation et d'application des connaissances, en créant des partenariats avec les établissements d'enseignement et les organismes subventionnaires de recherche.
- 3.5 Travailler ensemble pour renforcer la capacité du système de santé publique de mener des activités de surveillance, de recherche et d'évaluation en matière de blessures.
 - 3.6 Travailler de concert avec les autres intervenants de la province et du pays afin :
 - 3.6.1 de permettre l'élaboration de définitions et de normes nationales cohérentes, incluant les normes de codage et de collecte des données sur les blessures;
 - 3.6.2 d'échanger des statistiques et autres renseignements entre les organismes de collecte de données.
 - 3.7 Créer et soutenir la mise en place d'un système de surveillance normalisé des services d'urgence locaux, provinciaux et nationaux.

4. Défense et promotion

La défense et la promotion des droits et intérêts constituent un instrument puissant et essentiel de changement des politiques d'ordre public. La défense et la promotion aident à faire progresser les perspectives des citoyens moins favorisés et à établir les conditions requises pour améliorer la santé et la sécurité de l'ensemble de la population. L'Organisation mondiale de la Santé définit ce concept comme un « ensemble de mesures individuelles et sociales visant à obtenir un engagement politique, le soutien d'une politique, l'acceptation sociale et un appui de systèmes pour un but ou un programme relatif à la santé. »⁴²

Les activités de défense et de promotion peuvent attirer l'attention des décideurs, des médias et du grand public sur une question d'intérêt public, contribuer à l'élaboration de solutions possibles et établir un consensus sur les mesures à prendre. Pour réussir, la *Stratégie renouvelée de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse* doit être soutenue par la défense et la promotion de politiques et d'initiatives de santé publique qui favorisent et protègent la santé et la sécurité des Néo-Écossais.

Mesures à l'appui de la défense et la promotion

- 4.1 Travailler de concert avec les partenaires actifs pour la cause afin de créer la ou les structures nécessaires à l'appui de la défense et de la promotion de politiques de santé publiques fondées sur les faits, tant aux niveaux local, provincial et national.
- 4.2 Concevoir des messages cohérents, à communiquer à la population et aux décideurs, qui proposent de réduire les disparités en santé en agissant sur les facteurs déterminants de la santé et d'adopter des approches innovatrices qui créeront des collectivités plus sécuritaires et en meilleure santé.
- 4.3 Continuer à promouvoir une *Stratégie pancanadienne de prévention des blessures*.
- 4.4 Mieux sensibiliser les Néo-Écossais pour leur faire bien comprendre les avantages d'une politique de santé publique.





Conclusion

La Stratégie renouvelée de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse permettra aux intervenants en prévention des blessures de la province de mieux comprendre pour mieux intervenir. Les principes directeurs de la stratégie créent des occasions d'explorer de nouvelles façons de travailler, tandis que les orientations et les priorités stratégiques aideront à bien centrer les efforts de prévention. La stratégie s'appuie sur les réussites antérieures, incorpore les nouvelles connaissances et prépare la voie à une intégration et à une coopération renforcées visant à réduire les blessures et leurs conséquences désastreuses sur les particuliers, les familles et les collectivités de la Nouvelle-Écosse.

Nous avons tous un rôle à jouer en matière de réduction des blessures. Quel sera le vôtre?

Références

1. Statistique Canada. (2002). *Causes de décès, Canada. Causes externes de morbidité et de mortalité, selon le groupe d'âge et le sexe*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
2. SMARTRISK. (2009). *The Economic Burden of Injury in Canada*. Toronto : SMARTRISK. Extrait le 14 sept. 2009 de <http://www.smartrisk.ca/downloads/research/publications/burden/EBI-Eng-Final.pdf>¹
3. Données de l'état civil (Vital statistics data) pour les périodes allant de 2001–2002 à 2007–2008 analysées par le ministère de la Santé (IS4) et le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé - Évaluation et surveillance de la santé de la population (PHAS) (2009).
4. SMARTRISK. (2009). *The Economic Burden of Injury in Canada*. Toronto : SMARTRISK.
5. Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Addressing the Socioeconomic Safety Divide: A Policy Briefing*. Copenhague : Organisation mondiale de la Santé. Extrait le 14 sept. 2009 de <http://www.euro.who.int/document/e92197.pdf>
6. Ministère des Services communautaires de la N.-É. (2008). *Tisser les liens d'un tissu social durable : notre cadre stratégique de prospérité sociale*. Halifax : Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Extrait le 14 sept. 2009 de http://gov.ns.ca/coms/departement/documents/Weaving_the_Threads.pdf; équivalent français : http://www.gov.ns.ca/coms/fr/departement/documents/Tisser_les_liens-Weaving_Threads.pdf
7. Schopper, D., Lormand, J.D. et Waxweiler, R. (éd.). (2006). *Developing Policies to Prevent Injuries and Violence: Guidelines for policy-makers and planners*. Genève : Organisation mondiale de la santé. Extrait le 14 sept. 2009 de http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf
8. Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Traumatismes*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Extrait le 6 oct. 2008 de <http://www.who.int/topics/injuries/about/en/index.html>; équivalent français : <http://www.who.int/topics/injuries/about/fr/index.html>
9. Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Violence et traumatismes*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Extrait le 6 oct. 2008 de <http://www.who.int/features/factfiles/injuries/en/index.html>; équivalent français : <http://www.who.int/features/factfiles/injuries/fr/index.html>
10. Organisation mondiale de la Santé. (2002). *The injury chart book: A graphical overview of the global burden of injuries*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Extrait le 6 oct. 2008 de <http://whqlibdoc.who.int/publications/924156220X.pdf>;
11. Organisation mondiale de la Santé. (2002). *The injury chart book: A graphical overview of the global burden of injuries*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Extrait le 6 oct. 2008 de <http://whqlibdoc.who.int/publications/924156220X.pdf>
12. SMARTRISK. (2009). *The Economic Burden of Injury in Canada*. Toronto : SMARTRISK.
13. Données de l'état civil (Vital statistics data) pour les périodes allant de 2001–2002 à 2007–2008 analysées par le ministère de la Santé (IS4) et le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé - Évaluation et surveillance de la santé de la population (PHAS) (2009).

¹ Pour un résumé de ce rapport en français, voir SAUVE-QUI-PENSE. (2009). *Le fardeau économique des blessures au Canada*. Toronto: SAUVE-QUI-PENSE <http://www.smartrisk.ca/downloads/burden/Canada2009/EBI-Fr-Resume.pdf>

14. Base de données sur les congés des patients (Hospital Discharge Abstract Database) pour les périodes allant de 2001–2002 à 2007–2008 analysées par le ministère de la Santé (IS4) et le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé - Évaluation et surveillance de la santé de la population (PHAS) (2009).
15. SMARTRISK. (2009). *The Economic Burden of Injury in Canada*. Toronto : SMARTRISK.
16. Agence de la santé publique du Canada. *Infobase Maladie chroniques*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Extrait le 7 oct. 2008 de <http://204.187.39.30/surveillance/>
17. Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Traumatic Brain Injury in Prisons and Jails: An Unrecognized Problem*. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention. Extrait le 14 sept. 2009 de http://cdc.gov/ncipc/tbi/FactSheets/Prisoner_TBI_Prof.pdf
18. Hwang, S.W., Colantonio, S., Chiu, S. et autres (2008). *The effect of traumatic brain injury on the health of homeless people*. Canadian Medical Association Journal (Traumatismes crâniens chez les itinérants. Journal de l'Association médicale canadienne 179(8) : 779–784.
19. Lyons, R., Langille, L. et Duck, S. (2006). *Difficult Relationships and Relationship Difficulties: Relationship Adaptation and Chronic Health Problems*. Dans D.C. Kirkpatrick., S. Duck et M.K. Foley (éd.), « Relating Difficulty ». Londres : Lawrence Erlbaum Associates.
20. SMARTRISK. (2009). *The Economic Burden of Injury in Canada*. Toronto : SMARTRISK.
21. Ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la N.-É. (2007). *Report on Seniors' Falls in Nova Scotia*. Halifax : Gouvernement de la Nouvelle-Écosse.
22. SMARTRISK. (2009). *The Economic Burden of Injury in Canada*. Toronto : SMARTRISK.
23. Barss, P., Smith, G., Baker, S. et Mohan, D. (1998). *Determinants of Injury*. In *Injury Prevention: An International Perspective* (aux p. 74 à 102). New York : Oxford University Press.
24. Barss, P., Smith, G., Baker, S. et Mohan, D. (1998). *Determinants of Injury*. In *Injury Prevention : An International Perspective* (aux p. 74 à 102). New York : Oxford University Press.
25. California Newsreel (2008). *Unnatural Causes: Is Inequality Making us Sick?* San Francisco : California Newsreel.
26. Babor, T., Caetano, R., Casswell, S. et autres (2003). *Alcohol: No ordinary commodity*. New York : Oxford University Press.
27. Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Alcohol and injury in emergency departments: Summary of the report from the WHO collaborative study on alcohol and injuries*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
28. Agence de la santé publique du Canada. (2001). *Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?* Ottawa : Gouvernement du Canada. Extrait le 24 août 2009 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/phsp/approach-approche/appr-eng.php> ; équivalent français : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/appr-fra.php>
29. Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, sponsorisée par l'Organisation mondiale de la Santé, Santé et Bien-être social Canada, Association canadienne d'hygiène publique. « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé » dans La revue canadienne de la santé publique, 1986, n° 77, aux p. 42 à 430.
30. Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Addressing the Socioeconomic Safety Divide: A Policy Briefing. – L'action relative au clivage en matière de sécurité socio-économique : informations destinées aux responsables politiques*. Copenhague : Organisation mondiale de la Santé.

31. Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Addressing the Socioeconomic Safety Divide: A Policy Briefing. – L'action relative au clivage en matière de sécurité socio-économique : informations destinées aux responsables politiques*. Copenhague : Organisation mondiale de la Santé.
32. Ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la N.-É. (2009). *Suicide and Attempted Suicide in Nova Scotia, 1995–2004*. Halifax : Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Extrait le 14 sept. 2009 de http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/Suicide_Report.pdf
33. Ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la N.-É. (2007). *Seniors' Falls in Nova Scotia, 2000–2004*. Halifax : Gouvernement de la Nouvelle-Écosse.
34. Ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la N.-É. (2009). *Child and Youth Injuries in Nova Scotia, 1995–2004*. Halifax : Gouvernement de la Nouvelle-Écosse.
35. California Newsreel. (2008). *Ten Things to Know about Health. In Unnatural Causes: Is Inequality Making us Sick?* San Francisco : California Newsreel. Disponible à <http://www.unnaturalcauses.org>
36. Commission sur les déterminants sociaux de la santé. (2008). *Comblent le fossé en une génération : Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
37. Agence de la santé publique du Canada. (2008). *L'administrateur en chef de la santé publique, Rapport sur l'état de la santé publique au Canada*. 2008. Ottawa : Gouvernement du Canada. Extrait le 14 sept. 2009 de <http://www.phacasc.gc.ca/publicat/2008/cpho-aspc/index-eng.php> ; équivalent français : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cpho-aspc/index-fra.php>
38. Ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la N.-É. (2009). *Suicide and Attempted Suicide in Nova Scotia, 1995–2004*. Halifax : Gouvernement de la Nouvelle-Écosse.
39. Ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la N.-É. (2007). *Seniors' Falls in Nova Scotia, 2000–2004*. Halifax : Gouvernement de la Nouvelle-Écosse.
40. Ungar, Michael. (2007). *Too Safe for Their Own Good: How risk and responsibility help teens thrive*. Toronto : McClelland & Stewart.
41. Ministère de la Santé de la N.-É. (2005). *A Cultural Competence Guide for Primary Health Care Professionals in Nova Scotia*. Halifax : Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Extrait le 14 sept. 2009 de http://healthteamnovascotia.ca/cultural_competence/Cultural_Competence_guide_for_Primary_Health_Care_Professionals.pdf
42. Organisation mondiale de la Santé. (1995) *Report of the Inter-Agency Meeting on Advocacy Strategies for Health and Development: Development Community in Action*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.



NOVA SCOTIA
NOUVELLE-ÉCOSSE
Promotion et Protection
de la santé

NOUVELLE-ÉCOSSE
SANS BLESSURES 