

Sécurité et promotion de la sécurité :

Aspects conceptuels et opérationnels



Centre collaborateur OMS du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes, Réseau de santé publique et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec



WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, Karolinska Institutet, Sweden



Organisation mondiale de la Santé

AN ENGLISH VERSION OF THIS REPORT IS AVAILABLE ON REQUEST

Septembre 1998

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1998
Bibliothèque nationale du Canada, 1998
ISBN : 2-89496-084-0

Personnes ayant participé à la rédaction de ce document

- Du Centre collaborateur OMS du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes :
 - Pierre Maurice*
 - Michel Lavoie
 - Renée Levaque Charron
 - Antoine Chapdelaine
 - Hélène Bélanger Bonneau

- Du Centre collaborateur OMS pour la promotion de la sécurité dans les communautés du Karolinska Institutet de Suède :
 - Leif Svanström
 - Lucie Laflamme
 - Ragnar Andersson

- De l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :
 - Claude Romer

* Correspondance :

Pierre Maurice
2400, d'Estimauville
Beauport (Québec) CANADA
G1E 7G9
Tél. : (418) 666-7000 poste 345 ou 406
Télec. : (418) 666-2776
Courrier électronique : PMaurice@cspq.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

| | Page |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Résumé | 1 |
| 1. Introduction | 3 |
| 2. Principales raisons pour développer un cadre de référence en promotion de la sécurité..4 | |
| 2.1 La sécurité est un besoin fondamental de l'être humain.....4 | 4 |
| 2.2 Plusieurs enjeux de sécurité sont reliés les uns aux autres de diverses façons....4 | 4 |
| 2.3 La sécurité est plus que l'absence d'événements violents ou de traumatismes.....4 | 4 |
| 2.4 L'amélioration de la sécurité est un mandat explicite de plusieurs organismes.....5 | 5 |
| 2.5 Il manque une vision commune entourant la sécurité.....5 | 5 |
| 2.6 Un cadre de référence en promotion de la sécurité peut constituer un bon point de jonction entre les différents intervenants et secteurs concernés...6 | 6 |
| 3. Principales activités réalisées pour élaborer ce cadre de référence.....6 | 6 |
| 4. Cadre de référence.....7 | 7 |
| 4.1 Aspects conceptuels de la sécurité.....7 | 7 |
| 4.1.1 Définition de la sécurité.....8 | 8 |
| 4.1.2 Dimensions de la sécurité.....8 | 8 |
| 4.1.3 Lien entre la sécurité et la santé.....10 | 10 |
| 4.1.4 Quatre conditions de base à la sécurité.....11 | 11 |
| 4.2 La promotion de la sécurité.....12 | 12 |
| 4.2.1 Définition.....12 | 12 |
| 4.2.2 Aspects opérationnels de l'approche de promotion de la sécurité.....13 | 13 |
| 4.2.3 Principales difficultés à surmonter pour améliorer la sécurité des Communautés.....18 | 18 |
| 5. Illustration d'une approche de promotion de la sécurité.....19 | 19 |
| 6. Conclusion | 21 |
| 7. Références | 22 |

Figures

| | | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1 | Les deux dimensions du concept de sécurité..... | 9 |
| Figure 2 | Lien entre la sécurité et la santé..... | 10 |
| Figure 3 | Processus de promotion de la sécurité..... | 13 |
| Figure 4 | Diagnostic de sécurité d'un milieu de vie donné : dimensions à considérer..... | 16 |

Annexes

| | |
|----------|--------------------------------------------------------------|
| Annexe 1 | Liste des participants au groupe de discussion |
| Annexe 2 | Liste des participants au Séminaire de Québec (février 1998) |
| Annexe 3 | Liste des participants au Séminaire de Stockholm (mai 1998) |

Résumé

Ce document porte sur les aspects conceptuels et opérationnels de la sécurité et de la promotion de la sécurité. Plus spécifiquement, il propose un cadre de référence pour favoriser la planification et l'implantation d'interventions en vue d'améliorer la sécurité d'une communauté. Il s'applique aux traumatismes non intentionnels, au suicide, à la violence et à la criminalité. Il permet d'aborder ces problèmes dans une perspective de promotion de la santé et de prévention. Il favorise également une meilleure intégration des modèles d'intervention les plus utilisés pour améliorer la sécurité de la population.

Ce cadre a été développé en mettant à contribution un nombre important d'intervenants et d'experts d'un peu partout dans le monde, impliqués dans des activités d'amélioration de la sécurité de la population. Les échanges entre ces personnes ont permis d'établir un certain nombre de consensus, lesquels sont compris dans le cadre de référence résumé ci-dessous :

1. La sécurité est un droit fondamental de l'être humain.
2. La sécurité est un état où les dangers et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel, sont contrôlés de manière à préserver la santé *et le* bien-être des individus et de la communauté. C'est une ressource indispensable à la vie quotidienne qui permet à l'individu et à la communauté de réaliser ses aspirations.
3. La sécurité comporte deux dimensions: une dimension objective, appréciée en fonction de paramètres comportementaux et environnementaux objectifs, et une dimension subjective, appréciée en fonction du sentiment de sécurité de la population. Ces deux dimensions s'influencent mutuellement de façon positive ou négative. Pour améliorer la sécurité de la population, il est donc essentiel de tenir compte de ces deux dimensions.
4. La sécurité est un préalable à l'amélioration et au maintien du bien-être et de la santé de la population. Elle est la résultante d'un équilibre dynamique qui s'établit entre les différentes composantes d'un milieu de vie donné.
5. L'atteinte d'un niveau de sécurité optimal nécessite que les individus, les communautés, les gouvernements et les autres intervenants, créent et maintiennent les quatre conditions suivantes : 1) un climat de cohésion et de paix sociale ainsi que d'équité protégeant les droits et libertés tant au niveau familial, local, national qu'international; 2) la prévention et le contrôle des blessures et autres conséquences ou dommages causés par des accidents; 3) le respect des valeurs et de l'intégrité physique, matérielle ou psychologique des personnes; et 4) l'accès à des moyens efficaces de prévention, de contrôle et de réhabilitation pour assurer la présence des trois premières conditions.
6. La promotion de la sécurité est un processus que les individus, les communautés, les gouvernements et les autres organisations, incluant les entreprises privées et les organisations non gouvernementales, utilisent, au niveau local, national, et international pour développer et maintenir la sécurité. Ce processus est composé de tous les efforts consentis pour modifier les structures, l'environnement ainsi que les attitudes et les comportements ayant trait à la sécurité. Il nécessite une approche intersectorielle et comprend toute activité d'habilitation d'une collectivité.

7. Au moins deux types de démarches sont possibles pour promouvoir la sécurité d'une communauté : la démarche par problème et la démarche par milieu de vie. Ces deux démarches, bien que distinctes, sont complémentaires et nécessaires. La démarche par problème consiste en une recherche de solutions spécifiques à un certain nombre de problèmes pris individuellement. La démarche par milieu de vie quant à elle, consiste avant tout à porter un jugement global sur les problèmes de sécurité d'un milieu de vie donné et à proposer un ensemble intégré de solutions de manière à augmenter le niveau de sécurité de la collectivité concernée.
8. La mobilisation d'une communauté à l'amélioration de son niveau de sécurité requiert la présence de plusieurs facteurs critiques dont les plus importants sont : 1) l'existence d'un comité intersectoriel responsable de promouvoir la sécurité de la population; 2) l'élaboration d'un programme d'intervention couvrant tous les groupes d'âge, environnements et situations ; 3) une implication active du réseau communautaire local ; 4) des priorités tenant compte des besoins perçus par la communauté ; 5) la capacité de documenter l'importance et les causes des problèmes jugés prioritaires; 6) une attention spéciale accordée aux groupes et aux environnements à risque élevé ; 7) une planification reposant sur le long terme plutôt que sur le court terme ; et 8) l'utilisation de techniques variées pour mobiliser la population ou leurs représentants de même que les décideurs.

Ces huit énoncés permettent d'avoir une perspective globale et positive de la sécurité et de la promotion de la sécurité. Une telle perspective est utile pour mieux comprendre et intégrer les divers efforts consentis dans une communauté à l'amélioration de la sécurité. Elle devrait également favoriser la mobilisation de la population et des partenaires intersectoriels poursuivant des objectifs communs en matière de sécurité, ce qui est de nature à améliorer l'efficacité et l'efficience des interventions.

1. Introduction

Ce document porte sur les aspects conceptuels et opérationnels de la sécurité et de la promotion de la sécurité. Il propose un cadre de référence pour favoriser la planification et l'implantation d'interventions en vue d'améliorer la sécurité d'une communauté. Ce cadre de référence s'applique aux traumatismes non intentionnels, au suicide, à la violence et à la criminalité. Il permet d'aborder ces problèmes selon une perspective de promotion de la santé et de prévention. Il favorise également une meilleure intégration des modèles d'intervention les plus utilisés pour améliorer la sécurité de la population. Plus spécifiquement, il propose :

- une définition de la sécurité et de la promotion de la sécurité ;
- une approche *globale* pour évaluer et promouvoir la sécurité et
- les principaux facteurs de succès pour mobiliser une communauté à améliorer sa sécurité.

Ce cadre de référence a été élaboré conjointement par :

- le Centre collaborateur OMS du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes ;
- le Centre collaborateur OMS pour la promotion de la sécurité dans les communautés du Karolinska Institutet de Suède ; et
- l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) .

Ce document est en continuité avec un certain nombre d'initiatives internationales tels la publication en septembre 1989 du «Manifesto for Safe Communities (Organisation mondiale de la santé, 1989)», l'implication de plus en plus importante de l'OMS en prévention de la violence, et le développement considérable du réseau des « Safe Communities » parrainé par le Karolinska Institutet de Suède et son Centre collaborateur. Il fait suite à une demande de l'OMS adressée en 1996, et à un besoin exprimé à Johannesburg en octobre 1997, à l'occasion de la conférence SAFECOM-6 et lors de la réunion des Centres collaborateurs OMS en prévention des traumatismes et en promotion de la sécurité.

Cette publication s'adresse aux intervenants, chercheurs ou autres professionnels dont le champ d'activité vise l'amélioration de la sécurité de la population ou la prévention des blessures, de la violence et du suicide. Ces derniers peuvent provenir entre autres du domaine de la santé publique, des sciences sociales, de la justice, de la sécurité publique, du transport, du sport et des loisirs ainsi que du milieu municipal.

2. Principales raisons pour développer un cadre de référence en promotion de la sécurité

2.1 La sécurité est un besoin fondamental de l'être humain

La sécurité est une préoccupation omniprésente dans la population. La plupart des individus recherchent la sécurité par tous les moyens. L'amélioration de la sécurité en tant qu'objectif explicite peut donc constituer une force mobilisatrice considérable. Il importe donc de développer une approche globale facilitant l'atteinte de cet objectif.

2.2 Plusieurs enjeux de sécurité sont reliés les uns aux autres de diverses façons

Plusieurs enjeux de sécurité partagent les mêmes facteurs de risque. Par exemple, les armes à feu, les médicaments, l'alcool et les drogues sont tous reliés au suicide, à la violence, à la criminalité et aux traumatismes non intentionnels. Il est parfois avantageux de considérer ces problèmes et ces risques globalement pour favoriser l'efficacité et l'efficience des interventions.

D'autre part, les mesures appliquées pour améliorer un problème peuvent en empirer un autre. Par exemple, la décision de diminuer les taxes sur l'alcool pour contrôler les activités criminelles reliées à la contrebande, entraînera une plus grande accessibilité à ce produit ainsi qu'une plus grande consommation et, par conséquent, une aggravation des problèmes associés à la violence, au suicide et aux traumatismes non intentionnels. Une telle décision doit être prise après avoir considéré son effet sur l'ensemble du dossier de la sécurité plutôt que sur un seul problème à la fois.

Enfin, souvent une même organisation est concernée par un ensemble de problèmes de sécurité. Par exemple, une municipalité doit chercher des solutions aux problèmes de sécurité routière, de violence et de criminalité sur son territoire. Il peut par conséquent être plus opportun et plus efficace d'interpeller une municipalité sur un ensemble d'enjeux de sécurité plutôt que sur un seul problème à la fois.

2.3 La sécurité est plus que l'absence d'événements violents ou de traumatismes

Comme on le verra plus loin, la sécurité repose sur davantage de conditions que l'absence d'événement violent ou de traumatisme. De plus, la sécurité comprend une dimension subjective importante à considérer. Cette dernière est influencée par l'expérience individuelle et collective qui agiront sur le sentiment de sécurité de la communauté. Cette observation explique sans doute en partie pourquoi par exemple, dans certaines collectivités, le sentiment de sécurité de la population décroît alors que l'importance des problèmes tels que les traumatismes la violence ou la criminalité reste la même.

En outre, il est possible de réduire le nombre d'événements violents sans que cela ne se traduise par une augmentation proportionnelle du niveau de sécurité. Par exemple, le nombre d'agressions peut être réduit dans un parc en restreignant son accessibilité le soir. Également, dans un souci de protéger les résidents d'un quartier, des murs peuvent être érigés pour en contrôler l'accès et des systèmes d'alarme peuvent être installés dans tous les domiciles. Dans de tels cas, on peut parler de prévention d'événements violents par une réduction des opportunités et par la mise en place d'une mesure de protection. C'est quelquefois les seules

solutions applicables à court terme. Un problème fondamental de sécurité persiste toutefois dans ces situations. En effet, ces mesures ne solutionnent pas les causes profondes de la violence. Elles ne sont que temporaires et palliatives. Les agresseurs trouveront d'autres moyens pour les déjouer et une certaine forme d'escalade dans l'utilisation de mesures et de dispositifs de protection s'en suivra. Ces dernières deviennent alors une manifestation concrète des problèmes de sécurité existants. De plus, plusieurs de ces mesures finissent par porter atteinte au droit de la population de se déplacer librement et de vaquer paisiblement à leurs activités.

L'amélioration de la sécurité de la population doit donc tenir compte de nombreux éléments. Un cadre de référence permettant d'intégrer ces éléments dans une même approche peut représenter un atout considérable pour les intervenants.

2.4 L'amélioration de la sécurité est un mandat explicite de plusieurs organismes

Quiconque travaille à l'amélioration de la sécurité de la population reconnaît la contribution indispensable d'un ensemble de secteurs dont celui de la santé, de la sécurité publique, du transport, de la justice, des loisirs et sports, de l'habitation, etc., lorsque vient le temps de concevoir et implanter des interventions. Ces secteurs ont généralement parmi leurs mandats, celui d'assurer la sécurité de la population. Un cadre de référence en promotion de la sécurité peut constituer un bon outil pour faciliter leur travail.

2.5 Il manque une vision commune entourant la sécurité

Il existe des visions très diversifiées entourant la sécurité. Pour certains, elle ne réfère qu'au contrôle de la criminalité et de la violence ; pour d'autres elle réfère davantage à un sentiment d'être à l'abri du danger plutôt qu'à un état de fait, ou encore elle correspond à la satisfaction des besoins de base (manger, dormir, avoir un toit, etc.). Ces interprétations n'englobent pas toujours la prévention des traumatismes. En fait, le concept de sécurité est difficile à saisir dans toutes ses dimensions (physique, sociale, psychologique, etc.) et par conséquent difficile à promouvoir.

Le fait d'avoir une même conception de la sécurité devrait permettre une meilleure concertation entre les différents secteurs et disciplines impliqués, et ainsi favoriser le décloisonnement des interventions. Cela devrait susciter le développement d'initiatives globales visant non seulement la réduction de tel ou tel problème, mais ciblant aussi l'amélioration de la sécurité de la population dans une perspective globale. Une vision positive de la sécurité en tant que valeur à promouvoir dans nos collectivités s'en trouvera ainsi facilitée.

2.6 Un cadre de référence en promotion de la sécurité peut constituer un bon point de jonction entre les différents intervenants et secteurs concernés

Plusieurs approches sont utilisées dans le domaine de la sécurité et de la prévention des traumatismes. Ces approches trouvent des adeptes différents selon leur pays d'appartenance, leur profession et leur secteur d'activité. Ils utilisent un vocabulaire spécifique et proposent des façons parfois très différentes pour comprendre la réalité, concevoir des interventions et les mettre en oeuvre. Par exemple, pour prévenir la violence dans un quartier, le service de police pourra utiliser la répression, celui de l'urbanisme favorisera des aménagements réduisant les opportunités d'agression et le service des loisirs mettra sur pied un programme d'activité pour les jeunes. Des intervenants d'autres secteurs préconiseront quant à eux des programmes visant la prévention de la violence dans la société par des mesures précoces agissant lors de la petite enfance. Tous poursuivent les mêmes buts. Pourtant, l'absence de fil conducteur entre ces modèles d'intervention font que les uns comprennent mal ce que les autres font et qu'il est difficile de situer les actions de chacun par rapport à l'univers des interventions possibles (Else, Walker, 1978; Hayes, Carter *et al.* 1996). Cette situation contribue au cloisonnement des interventions et des intervenants, ce qui peut compromettre l'atteinte des objectifs poursuivis. Un cadre conceptuel commun peut constituer un bon fil conducteur entre les modèles utilisés afin de favoriser la collaboration entre les intervenants et les secteurs concernés de même qu'une meilleure coordination de leurs interventions. La mobilisation des partenaires de la sécurité ne s'en trouvera ainsi qu'améliorée.

3. Principales activités réalisées pour élaborer ce cadre de référence

Le cadre de référence proposé a été élaboré grâce à un ensemble d'activités menées entre juin 1996 et mai 1998. Parmi ces activités, mentionnons :

- La *recension* des écrits portant sur la sécurité et les indicateurs de sécurité dans la communauté (Levaque Charron, Cardinal, Lavoie, Maurice, Paradis, 1998).
- La *rédaction* et publication d'un document de travail traitant des aspects conceptuels et opérationnels de la sécurité et de la promotion de la sécurité (Maurice *et al.*, 1997). Ce document a été présenté et discuté lors de plusieurs événements internationaux : en juin 1997 au Québec, une première fois lors de la Formation internationale en promotion de la sécurité et en prévention des traumatismes et une deuxième fois, lors du 2^e séminaire international du réseau francophone de prévention des traumatismes et des accidents, ainsi qu'en octobre 1997 à Johannesburg, lors de la 6^e conférence internationale sur la sécurité dans les communautés (SAFECOM-6).
- La *formation* d'un groupe de discussion sur Internet regroupant plus de 25 experts dans le domaine (annexe 1) afin de recueillir des commentaires sur le sujet et enrichir le document de travail initial. Ce groupe de discussion a été actif entre octobre 1997 et janvier 1998.
- La tenue d'un premier séminaire international, en février 1998, à Québec, afin de développer des consensus sur un certain nombre d'énoncés clés concernant la sécurité et les principes d'une approche de promotion de la sécurité. Plus de 40 participants internationaux et nationaux (annexe 2) de divers secteurs d'activité (sécurité publique, transports, justice, santé et services sociaux, loisirs, villes, etc.) se sont réunis à l'occasion de ce séminaire. Ces derniers avaient tous reçu au préalable le document de travail mentionné ci-dessus.

(Maurice *et al*, 1997) et les énoncés clés qui allaient être discutés pendant cette session de travail de deux jours. Le séminaire a débuté par des présentations sur les travaux effectués à ce jour dans le domaine. Un consensus a été obtenu sur plusieurs des énoncés proposés et sur plusieurs principes de base à considérer relativement aux concepts et à l'approche.

- La *tenue* d'un deuxième séminaire international, en mai 1998 à Stockholm, afin de valider et d'enrichir un certain nombre de notions discutées lors des activités précédentes. Ce dernier a regroupé 13 experts (annexe 3) dont certains avaient participé au séminaire de Québec.

L'ensemble de ces activités ont permis d'établir des consensus sur les éléments suivants :

1. La sécurité en tant que droit fondamental ;
2. La sécurité en tant que préalable au bien-être et à la santé ;
3. Les principes à respecter dans une définition de la sécurité ;
4. Les dimensions subjective et objective de la sécurité ;
5. Les conditions nécessaires à la sécurité ;
6. Une définition de la promotion de la sécurité ;
7. Le processus général de promotion de la sécurité.

Ces consensus sont à la base du cadre de référence qui suit.

4. Cadre de référence

4.1 Aspects conceptuels de la sécurité

La sécurité est un droit fondamental de l'être humain. Cet énoncé n'est pas nouveau puisqu'il a été repris à plusieurs occasions dans le passé. En effet, le «Manifesto for Safe Communities» a été adopté en septembre 1989 à Stockholm, à l'occasion de la première conférence mondiale sur la prévention des accidents. Dans ce manifeste, il est déclaré que : «all human beings have an equal right to health and safety» (Organisation mondiale de la santé, 1989). Par ailleurs, dans son rapport pour le développement humain de 1994, les Nations Unies considèrent la sécurité comme un droit fondamental et une condition essentielle de tout développement durable des sociétés (United Nations Development Program, 1994).

4.1.1 Définition de la sécurité

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

La sécurité est considérée comme un état résultant d'un équilibre dynamique qui s'établit entre les différentes composantes d'un milieu de vie donné. Elle est le résultat d'un processus complexe où l'être humain interagit avec son environnement. Par environnement, nous entendons non seulement l'environnement physique mais également les environnements, culturel, technologique, politique, social, économique et organisationnel.

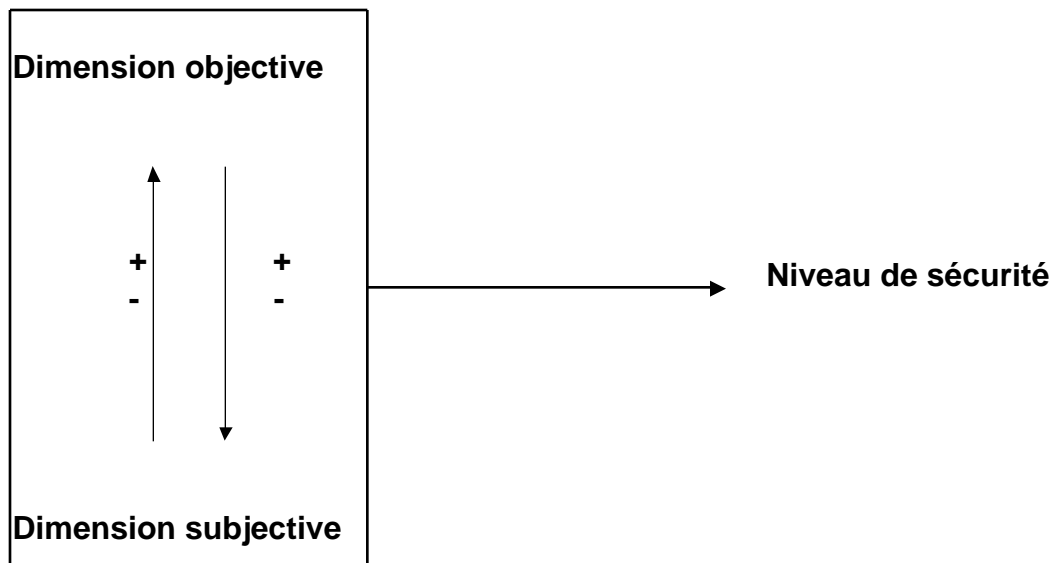
Par ailleurs, la sécurité ne doit pas être définie en termes d'absence totale de danger. En effet, l'absence totale de danger n'est pas nécessairement un idéal à atteindre. À la rigueur, cela peut même être hasardeux (Maslow, 1968). Un certain niveau de danger provoque un état de vigilance pouvant avoir un effet protecteur. Également l'exposition à certains dangers est nécessaire aux différents apprentissages de l'être humain. L'exposition à des dangers mineurs nous procure une certaine « immunité » pour nous défendre contre des dangers potentiellement plus importants. La sécurité ne suppose donc pas l'élimination de tous les dangers mais plutôt leur contrôle de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté.

Aussi, cette définition traduit bien le fait que la sécurité est plus que l'absence d'événements violents ou de traumatismes. La sécurité doit entraîner une sensation de bien-être nécessaire à l'épanouissement de tout individu ou communauté. Ainsi, tout comme la santé, la sécurité peut être considérée comme une ressource permettant à l'individu et à la communauté de réaliser ses aspirations.

4.1.2 Dimensions de la sécurité

La sécurité comporte deux dimensions (figure 1) : une dimension objective appréciée en fonction de paramètres comportementaux et environnementaux objectifs et une dimension subjective appréciée en fonction du sentiment de sécurité ou d'insécurité de la population.

Figure 1
Les deux dimensions du concept de sécurité



Ces deux dimensions s'influencent mutuellement de façon positive ou négative (Forde, 1993). En effet, l'amélioration de la dimension objective peut dans certains cas détériorer la dimension subjective (ex. : la présence de nombreux policiers armés dans un quartier pour combattre la criminalité peut générer un sentiment de panique auprès de certaines personnes). Inversement, l'amélioration du sentiment de sécurité peut entraîner une détérioration de la dimension objective (ex. : se procurer une arme à feu pour se sentir mieux protégé des agressions augmente le risque de blessure chez les membres de la maisonnée). Cette dynamique entre les dimensions objective et subjective de la sécurité est parfois même mise à profit dans certains types d'intervention cherchant à induire un sentiment d'insécurité pour amener l'adoption de comportements plus sécuritaires et ce, au bénéfice de l'ensemble de la population (ex. : réduction des largeurs de rue pour ralentir la vitesse de la circulation dans une zone scolaire).

Pour améliorer la sécurité de la population, il est essentiel de tenir compte de ces deux dimensions pour les raisons suivantes :

- Ce que *la* population perçoit comme un problème est souvent fondé même si ce n'est pas toujours démontrable par des paramètres objectifs (Hayes, Carter *et al.*, 1996);
- Les programmes d'intervention visant à promouvoir la sécurité doivent être adaptés au vécu *d'une* communauté et au jugement subjectif qu'elle a des situations qui la concernent (Forde, 1993, Svanström, 1993);
- La dynamique entre les dimensions objective et subjective peut être mieux considérée tant au niveau de l'analyse des problèmes que de la conception des solutions ;

- En raison des nombreux stéréotypes présents dans la société, les dimensions subjective et objective de la sécurité divergent parfois considérablement. Parce que les gens ont tendance à agir en fonction de leur perception, il est important d'en tenir compte. Par exemple, n'importe quelle forme de marginalité peut être perçue comme un danger par des individus en raison du stéréotype créé autour de certaines différences. Dans ce cas, il est important de distinguer la réalité de ce que perçoit la population de manière à protéger les droits de certains individus marginaux (Augoyard, 1990).

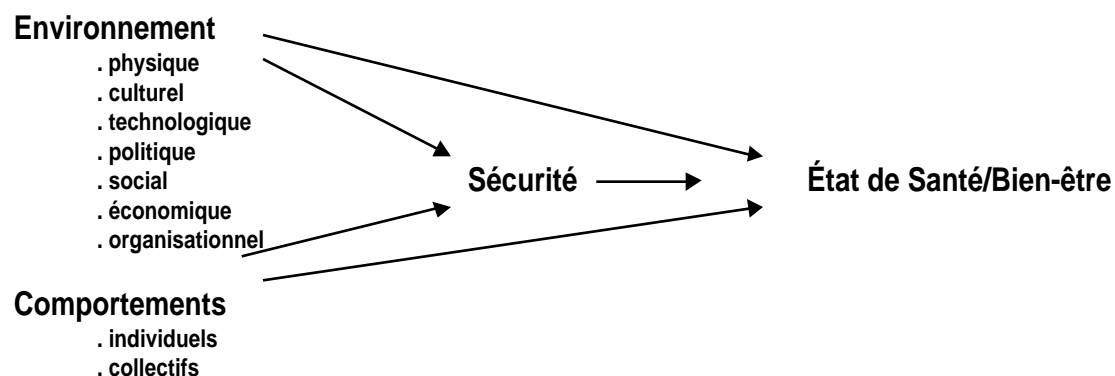
4.1.3 Lien entre la sécurité et la santé

La sécurité est un préalable à l'amélioration et au maintien du bien-être et de la santé de la population.

Selon la théorie des besoins de Maslow, tout comme la satisfaction des besoins physiologiques, la sécurité est considérée comme un des besoins fondamentaux de l'être humain (Maslow, 1968). La sécurité peut être par conséquent considérée comme un préalable au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population (figure 2).

L'état de santé et de bien-être d'une population est surtout déterminé par les conditions de l'environnement ou les comportements. Souvent l'effet des déterminants comportementaux et environnementaux sur la santé et le bien-être est fonction du niveau de sécurité atteint.

Figure 2
Liens entre la sécurité et la santé



4.1.4 Quatre conditions de base à la sécurité

L'atteinte d'un niveau de sécurité optimal nécessite que les individus, communautés, gouvernements et autres intervenants, créent et maintiennent les conditions suivantes, et ce, quelque soit le milieu de vie considéré :

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

La sécurité est l'affaire de tous. C'est l'ensemble de la communauté incluant les individus, les décideurs, les institutions et les groupes communautaires qui doivent être mobilisés pour améliorer la sécurité de la population. Les conditions de base à la sécurité doivent être présentes dans tous les milieux de vie. Un milieu de vie est considéré comme un système ayant une ou plusieurs finalités. Chaque milieu de vie est formé de plusieurs composantes (individus, éléments sociaux, culturels, matériels, économiques, techniques, etc.) qui remplissent chacune une fonction déterminée. Ces composantes s'influencent mutuellement selon certaines règles qui ne sont pas toujours connues. Un milieu de vie peut donc être la famille, le lieu travail, l'école, le quartier, la ville, le pays, etc.

Le climat de cohésion et de paix sociale ainsi que d'équité protégeant les droits et libertés tant au niveau familial, local, national qu'international réfère à une société juste, protégeant l'harmonie entre les groupes ou collectivités de race, de sexe, d'âge, de religion, de pays, etc. différents, et ce, sans porter atteinte aux droits et libertés des personnes. Cette condition doit permettre la cohabitation non violente de ces différents groupes ou collectivités et doit mettre la population à l'abri des guerres ou de toute autre forme organisée de violence. Elle doit également se traduire par une lutte à la pauvreté et aux inégalités qui sont à la base de nombreux problèmes de sécurité tant à l'échelle internationale qu'à l'échelle nationale, locale et familiale.

La prévention et le contrôle des blessures et autres conséquences ou dommages causés par des accidents réfère à la présence d'environnements et de comportements empêchant la survenue de lésions corporelles ou autres dommages tels que le stress, les troubles d'adaptation, le choc post traumatique, résultant d'un transfert subit d'énergie (mécanique, thermique, électrique chimique ou radiante) ou d'une privation subite d'un élément vital (ex. : noyade, strangulation, engelure).

Le respect des valeurs et de l'intégrité physique, matérielle ou psychologique des personnes réfère à la cohabitation harmonieuse et non violente entre les individus au sein d'un milieu de vie. Cet état assure à chaque individu de ne pas être personnellement agressé physiquement (ex. : voies de fait, agressions sexuelles, etc.) ou psychologiquement (ex. : harcèlement, propos haineux, etc.) et de pouvoir jouir de ses biens sans risque de se les faire dérober ou vandaliser. Contrairement à la première condition (climat de cohésion et de paix sociale ainsi que d'équité ...) qui réfère aux relations entre groupes, la présente condition réfère plutôt aux relations entre individus. À noter que dans le cas du suicide, l'agression est auto

infligée et résulte en partie de la cohabitation dysfonctionnelle entre un individu et le milieu qui l'entoure.

L'accès à des moyens efficaces de prévention, de contrôle et de réhabilitation pour assurer la présence des trois premières conditions réfère à des ressources (matérielles, humaines, financières), à des programmes et à des services mis en place dans une collectivité. Ces moyens ont pour but d'assurer la présence des trois premières conditions, de minimiser les dommages subis suite à un événement et de favoriser la réhabilitation des individus ou des collectivités affectées.

Ces conditions ne sont pas exhaustives. En effet, d'autres conditions pourraient être ajoutées dépendant de l'ampleur du champ d'intervention couvert (ex. : l'accès à une saine alimentation, à un emploi et à un revenu adéquat, etc.). Les conditions retenues ont toutefois l'avantage de délimiter le champ de la sécurité en ciblant les problématiques concernées par le présent document soit la violence, le suicide et les traumatismes non intentionnels. Ce champ correspond par ailleurs généralement aux mandats de plusieurs organismes dont une des missions est d'assurer la sécurité de la population (ex : sécurité publique, municipalités, justice, transport, travail, etc.). Ces conditions sont reconnues importantes et sont pertinentes pour divers milieux de vie, quelqu'en soit la taille (famille, école, travail, quartier, ville, nation, etc.).

4.2 La promotion de la sécurité

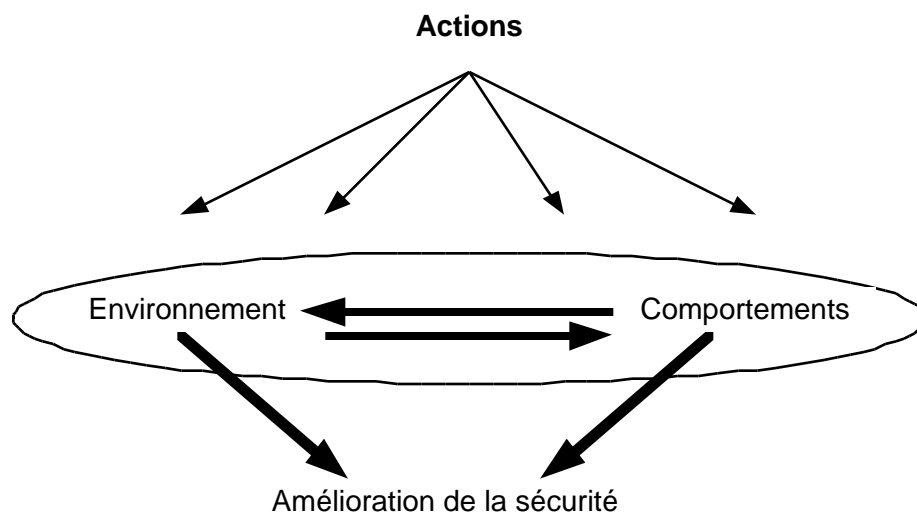
4.2.1 Définition

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

La promotion de la sécurité est une responsabilité partagée par les gouvernements, les autres organisations et la population. La promotion de la sécurité doit reposer sur toutes les organisations concernées par la sécurité de la communauté et doit associer de près tous les secteurs d'activité. La structure utilisée pour promouvoir la sécurité peut varier selon les réalités des différentes communautés et des différents pays. Le processus de promotion de la sécurité nécessite une approche intersectorielle et comprend toute activité d'habilitation d'une collectivité. Il repose sur une participation active de la population tant dans la définition de ses objectifs que dans le choix des solutions.

Les actions sur l'environnement peuvent favoriser l'adoption de comportements sécuritaires tout en respectant les droits et libertés. À l'inverse, les actions sur les comportements peuvent favoriser un environnement sécuritaire notamment en agissant sur la norme sociale qui permet des changements structurels plus durables (figure 3).

Figure 3
Processus de promotion de la sécurité



Même si les changements de comportement améliorent en soi la sécurité, cette dernière est améliorée surtout par l'intermédiaire du changement de l'environnement. Les deux types d'intervention sont toutefois nécessaires d'autant plus que l'action sur les comportements est parfois la seule approche possible notamment lorsque l'environnement n'est pas le principal déterminant du problème étudié ou lorsque le comportement est le seul déterminant modifiable.

4.2.2 Aspects opérationnels de l'approche de promotion de la sécurité

Au moins deux types de démarches sont appliquées pour améliorer la sécurité d'une communauté : la démarche par problème et la démarche par milieu de vie. Ces deux démarches, bien que distinctes, sont complémentaires et essentielles. Elles supposent toutes deux une participation active de la population et des décideurs.

Démarche par problème

Cette démarche est la plus souvent utilisée. Elle est bien connue et ne sera donc pas présentée de façon détaillée. Elle consiste essentiellement en une recherche de solutions spécifiques pour un certain nombre de problèmes pris individuellement. Dans cette démarche l'objet de mobilisation consiste en la prévention d'un type spécifique de problème tels que les suicides, les traumatismes reliés à la route, les chutes ou la violence conjugale. Ces problèmes ont pu être sélectionnés après avoir établi un ordre de priorité basé généralement sur leur importance en terme de fréquence ou de gravité dans une communauté donnée.

Dans cette démarche, la population d'intérêt est constituée des individus exposés aux facteurs de risque associés aux problèmes jugés prioritaires. Le cheminement à suivre consiste, pour un problème donné, à en identifier les causes environnementales ou comportementales et à élaborer un programme d'intervention spécifique.

La démarche par problème est essentielle à l'approche de promotion de la sécurité. Elle permet de bien définir les objectifs de santé et de bien-être à atteindre ainsi que les facteurs de risque

sur lesquels il faut agir. Elle permet également de centrer l'attention sur un objet de travail concret (ex. : la violence, le suicide), ce qui peut favoriser la mobilisation des acteurs concernés.

Selon la mission, le mandat et le champ d'activité des intervenants impliqués, ce type de démarche a souvent avantage à être intégrée à un autre type de démarche soit la démarche par milieu de vie.

Démarche par milieu de vie

L'objet de mobilisation dans la démarche par milieu de vie n'est plus un problème spécifique mais plutôt la sécurité d'une collectivité donnée. Dans cette démarche, il s'agit avant tout d'agir sur un ensemble de déterminants comportementaux et environnementaux afin d'améliorer la sécurité de cette collectivité. Dans cette démarche, la population d'intérêt est constituée des individus regroupés dans un milieu de vie donné (famille, ville, quartier, rue, parc, école, usine, etc.). La sécurité est considérée comme un état résultant d'un équilibre dynamique qui s'établit entre les différentes composantes du système.

La démarche par milieu de vie comporte trois étapes. La première étape consiste à poser un diagnostic de sécurité du milieu de vie concerné en identifiant ses forces et faiblesses au regard des conditions nécessaires à l'atteinte d'un niveau de sécurité optimal. Les deuxième et troisième étapes visent à identifier les causes spécifiques et les solutions à privilégier pour chacune des principales déficiences observées.

Première étape : La première étape consiste à identifier les forces et faiblesses d'un milieu de vie donné afin de poser un diagnostic de sécurité. C'est sur la base de ce diagnostic le plus précis possible et qui questionne tous les domaines à la fois que l'action pour améliorer la sécurité sera facilitée. (Sehier, 1990). Ce diagnostic doit être basé sur suffisamment de données scientifiques quantitatives et qualitatives émanant de différentes disciplines telles que l'épidémiologie, l'évaluation, les sciences humaines, les sciences cliniques et l'ingénierie. La figure 4 (page 16) présente dans une matrice à deux axes les éléments à considérer pour poser ce diagnostic. L'axe horizontal comprend les trois premières conditions nécessaires à l'atteinte d'un niveau de sécurité optimal soit : **1) un climat de cohésion et de paix sociale ainsi que d'équité protégeant les droits et libertés, 2) la prévention et le contrôle des blessures et autres conséquences ou dommages causés par des accidents et 3) le respect des valeurs et de l'intégrité physique, matérielle ou psychologique des personnes.** L'axe vertical comprend trois catégories d'indicateurs. C'est à partir de ces indicateurs que pourront être identifiées les forces et les faiblesses d'un milieu de vie au regard des conditions de sécurité apparaissant sur l'axe horizontal.

La première catégorie d'indicateurs permet d'évaluer les **moyens** mis en place par la collectivité pour assurer les conditions de sécurité (ex : présence d'un centre de prévention du suicide; présence d'un service d'accompagnement socio-judiciaire pour les femmes victimes de violence conjugale; présence d'un service de brigadiers scolaires pour aider les écoliers à traverser des carrefours dangereux). En fait, ce type d'indicateur correspond à la quatrième condition nécessaire à l'atteinte d'un niveau de sécurité optimal soit, **l'accès à des moyens efficaces de prévention, de contrôle et de réhabilitation.**

La deuxième catégorie d'indicateurs permet d'évaluer **l'exposition de la collectivité aux facteurs de risque et de protection relatifs aux** conditions de sécurité (ex : mises à pied massives affectant les soutiens de famille d'une communauté; contexte socioculturel qui nuit aux

rapports égalitaires entre les hommes et les femmes; nombreux conducteurs de véhicules moteurs conduisant avec des facultés affaiblies).

La dernière catégorie d'indicateurs permet de documenter la survenue **d'événements indésirables** relatifs à ces mêmes conditions (nombre de suicides; nombre de cas de violence conjugale rapportés; nombre d'écoliers impliqués dans des accidents de la circulation à des carrefours).

À chaque fois, les conditions de sécurité (axe horizontal) doivent être évaluées à partir de données objectives et subjectives au regard des trois catégories d'indicateurs (axe vertical). Les données objectives visent à évaluer les comportements et l'environnement au regard de la sécurité. Il s'agit de données factuelles qui peuvent être obtenues de différentes façons (rondes d'observation, statistiques sur la criminalité, etc.). Les données subjectives visent à évaluer le niveau de sécurité du milieu de vie tel que perçue par la population qui y vit : il s'agit d'impressions de la communauté qui peuvent être obtenues par différents mécanismes de consultation (groupes de discussion, plaintes, sondage, forum, etc.).

Le diagnostic du niveau de sécurité d'un milieu de vie donné comporte donc deux dimensions, objective et subjective, qui peuvent concorder ou diverger. Par exemple, en ce qui concerne les moyens déployés pour assurer un climat de cohésion et de paix sociale, il est possible que la population ait le sentiment que le nombre de policiers alloués est insuffisant alors que dans les faits ce nombre respecte ou même dépasse ce qui est nécessaire. Également, par rapport au nombre d'événements violents vécus dans une collectivité, une couverture médiatique prolongée à propos d'une agression sexuelle, peut conduire la population à croire que le phénomène est plus répandu qu'il ne l'est en réalité.

Les dimensions subjective et objective sont tout aussi importantes l'une que l'autre pour les raisons présentées précédemment. Par ailleurs, il importe de les distinguer puisque de toute évidence elles ne conduisent pas aux mêmes solutions.

Figure 4
Diagnostic de sécurité d'un milieu de vie donné :
dimensions à considérer

| CONDITIONS INDICATEURS | COHÉSION SOCIALE ET ÉQUITÉ | PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES DANGERS ET AUTRES DOMMAGES | RESPECT DES VALEURS ET DE L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE, MATÉRIELLE OU PSYCHOLOGIQUE DES PERSONNES |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MOYENS DÉPLOYÉS | 1 | 4 | 7 |
| EXPOSITION À DES RISQUES | 2 | 5 | 8 |
| NOMBRE D'ÉVÉNEMENTS | 3 | 6 | 9 |

Exemples de forces (F+) ou faiblesses (F-) pour chacune des 9 cellules de la matrice au regard de la sécurité réelle (SR) et perçue (SP):

1. **Exemple relatif à la coexistence entre les jeunes marginaux et le reste de la population d'un quartier**
 SR : Présence d'un comité de concertation formé notamment de jeunes, de policiers, d'intervenants sociaux, pour identifier des solutions pacifiques aux tensions existantes (F+)
 SP : La population croit que la police laisse les jeunes marginaux incommoder les passants (F-)
2. **Exemple relatif à la coexistence entre des groupes de race différente dans une école**
 SR : Les jeunes d'une école sont hostiles aux immigrants (F-)
 SP : Les jeunes d'une école croient que les immigrants ont des comportements agressifs (F-)
3. **Exemple relatif à des manifestations de violence entre des groupes de supporters lors d'événements sportifs**
 SR : Deux émeutes sont survenues au stade au cours de la dernière année (F-).
 SP : Les organisateurs d'événements sportifs nient la possibilité d'émeutes entre supporters (F-)
4. **Exemple relatif au contrôle des dangers reliés aux catastrophes dans une communauté**
 SR : Présence dans la communauté d'un plan d'intervention efficace en cas de catastrophe (F+)
 SP : La population croit que le plan d'intervention en cas de catastrophe est inefficace (F-)
5. **Exemple relatif au contrôle des incendies dans un centre d'hébergement pour personnes âgées**
 SR : De nombreux pensionnaires fument au lit (F-)
 SP : La majorité des pensionnaires sont conscients qu'il est dangereux de fumer au lit (F+)
6. **Exemple relatif au contrôle des intoxications chez les enfants dans une communauté**
 SR : Augmentation du nombre d'intoxications chez les moins de 5 ans (F-)
 SP : La population croit que les intoxications chez les enfants surviennent rarement (F-)
7. **Exemple relatif au respect de l'intégrité physique des personnes dans un pays**
 SR : Absence d'une réglementation efficace sur le contrôle des armes à feu (F-)
 SP : La population croit inutile les mesures de contrôle des armes à feu (F-)
8. **Exemple relatif aux risques d'actes criminels entre individus au sein de la communauté**
 SR : Présence d'inégalités socio-économiques importantes dans la communauté (F-)
 SP : La population n'est pas consciente de l'importance des inégalités socio-économiques dans la communauté (F-)
9. **Exemple relatif au nombre d'agressions dans les parcs d'une ville**
 SR : Aucune agression n'a été constatée dans les parcs d'une ville depuis deux ans (F+)
 SP : La population croit qu'il y a régulièrement des agressions dans les parcs (F-)

De plus, ce processus diagnostic ne doit pas considérer uniquement les déficiences d'une collectivité, mais également ses atouts sur le plan de la sécurité. Il doit également comprendre une analyse de l'interaction entre les différentes forces et les différentes faiblesses identifiées ce qui donne une compréhension dynamique et complète de l'état de sécurité de la population. Ainsi, l'utilisation d'une grille d'évaluation qui considère systématiquement l'ensemble des aspects de la sécurité d'une population permettra vraisemblablement d'identifier, pour le milieu de vie étudié, une image synthèse tant des forces à consolider que des faiblesses à corriger en priorité.

Deuxième et troisième étapes : Les deuxième et troisième étapes de la démarche par milieu de vie permettent d'identifier les causes spécifiques et les solutions à privilégier pour chacune des déficiences observées à l'étape précédente. Cette identification se fait suivant la démarche par problème décrite précédemment. Toutefois, le fait d'avoir une compréhension complète et dynamique de la situation présente les avantages suivants :

- *Les interactions entre les problèmes sont plus faciles à considérer.* Le fait de considérer l'ensemble des enjeux de sécurité rend plus facile la prise en compte de l'interaction entre les problèmes. Par exemple, l'augmentation du risque d'être agressé dans certains quartiers centraux peut amener le déplacement des populations vers les banlieues ce qui peut exposer les banlieusards travaillant au centre-ville à un risque accru d'accidents de la route.
- *L'effet potentiellement négatif d'une solution est plus facile à prendre en compte.* Il est possible parfois que le résultat final d'une solution appliquée isolément pour régler un problème, compromette le niveau de sécurité de la population. Par exemple, la construction d'un tunnel piétonnier pour réduire les risques de collision pourrait représenter une

opportunité supplémentaire d'être victime d'agression dans un quartier. Également, l'exclusion systématique d'un groupe ou d'une catégorie d'individus pour assurer la paix sociale d'une place publique, peut porter atteinte à leur intégrité physique, matérielle ou psychologique en réduisant leurs droits et libertés.

- *Elle favorise la conception de programmes d'interventions ciblant un ensemble des besoins de la communauté.* La démarche par milieu de vie favorise l'émergence de solutions globales qui chercheront à avoir des effets non seulement sur plusieurs problèmes de sécurité, mais également sur des problèmes d'une autre nature. Par exemple, dans une démarche par milieu de vie, un programme de promotion de la sécurité des personnes âgées dans un quartier, s'intéressera à un ensemble d'enjeux de sécurité plutôt qu'à un seul. Il pourrait cibler ainsi un meilleur entretien des trottoirs, la mise sur pied d'un club de marche, le contrôle de la criminalité et l'adaptation de la signalisation piétonnière. Un tel programme aurait des effets non seulement sur la réduction des chutes chez les personnes âgées, mais également sur la réduction de leur isolement social ainsi que sur l'amélioration de leur autonomie, leur condition physique et de leur santé mentale. Ce même programme bénéficierait également à l'ensemble de la population. Également, l'application d'une démarche par milieu de vie pour améliorer la sécurité dans le milieu du travail ou des sports forcera les intervenants à considérer non seulement l'objectif de réduction des blessures mais également des objectifs de réduction des abus sexuels, du harcèlement, du suicide et autres types de violence.
- *Elle favorise le décloisonnement des intervenants.* Les problèmes que présente la population sont souvent complexes d'où la nécessité de compétences diversifiées pour les solutionner. La démarche par milieu de vie favorise l'intégration de ces compétences brisant ainsi l'isolement des intervenants impliqués dans le domaine de la sécurité. Tout cela devrait favoriser une meilleure efficacité des interventions à réaliser.

Le choix de la démarche variera selon le contexte. Ainsi dans une ville, on peut supposer que compte tenu du mandat très spécifique du service de lutte contre les incendies, ce dernier adoptera une démarche à prédominance « par problèmes ». Par contre, pour un conseil de ville dont un des mandats est d'assurer l'ensemble des conditions de sécurité de la population, une démarche à prédominance « par milieu de vie » pourrait s'avérer plus appropriée.

Peu importe la démarche utilisée, le processus de promotion de la sécurité se concrétise par la mise sur pied de programmes d'interventions qui font appel à un large éventail de techniques et de méthodes comme par exemple l'utilisation des médias, la présentation de données locales, la diffusion d'avis et de conseils, la formation des intervenants, l'habilitation de certains groupes cibles, la réalisation de rondes de sécurité ainsi que la surveillance et le développement de certains produits.

Enfin, il est important de souligner qu'en général, la communauté implantera des interventions qui sont dans son propre intérêt. Les solutions devraient être du ressort de la communauté et les suggestions provenant de l'extérieur devraient être adoptées seulement si elles sont vues comme étant appropriées par la communauté.

4.2.3 Principales difficultés à surmonter pour améliorer la sécurité des communautés

Dans les efforts déployés pour appliquer ces démarches, il convient de souligner certaines barrières potentielles à la mise en œuvre de programmes efficaces de promotion de la sécurité. Tout d'abord, deux types d'attitudes sont souvent rencontrées au sein des communautés au regard de certains problèmes : le fatalisme et la condamnation des victimes.

Le **fatalisme** est une attitude selon laquelle certains événements sont fixés à l'avance par le destin. Cela mène à une acceptation résignée de ces événements et à la croyance qu'ils ne sont que le fruit du hasard ou d'une volonté suprême impossible à changer. Il en résulte une **tolérance sociale** à leur égard, nuisant ainsi aux efforts déployés pour les prévenir. Cette tolérance est quelquefois exacerbée par le fait qu'un danger généré par une activité qu'on contrôle et qu'on est libre d'accomplir (ex. : risque de se blesser en conduisant une voiture) est plus acceptable qu'un danger qui nous est imposé par une activité qui échappe à notre contrôle (ex. : pollution de l'air occasionnée par les activités d'une usine dans le voisinage).

La **condamnation des victimes**, contrairement au fatalisme, est une attitude voulant qu'une victime soit responsable de son malheur soit parce qu'elle a fait une erreur de jugement, parce qu'elle n'a pas voulu se protéger, parce qu'elle n'a pas été prudente ou parce qu'elle l'a bien mérité. Cette attitude résulte en partie du fait qu'une personne contrôle jusque dans une certaine mesure sa destinée, son environnement ou les risques associés à la pratique de diverses activités (ex. : sortir seule le soir, conduire une voiture, faire de l'alpinisme). Une telle attitude en conduit plusieurs à croire que l'éducation du public constitue la principale façon, sinon la seule, de prévenir certains problèmes et ce, au détriment d'autres types d'interventions axées sur l'environnement social, physique, économique, etc. Par exemple, les femmes victimes de violence conjugale sont souvent jugées par leur entourage comme étant responsables de ce qui leur arrive (Benedict, 1992). Dans les faits, les causes profondes de ce type de violence sont liées à des facteurs sociaux sur lesquels il faut agir telles les valeurs et la nature des rapports entre les hommes et les femmes.

Ces attitudes contribuent au fait que le **niveau de priorité accordée** à la sécurité n'est pas toujours à la hauteur de l'importance du problème. Malheureusement, améliorer la sécurité représente pour plusieurs, davantage une dépense qu'un investissement. Cela constitue une barrière importante à la réalisation d'interventions et fait en sorte qu'il faut consacrer beaucoup de temps et de ressources pour convaincre des interlocuteurs de la nécessité d'agir. Cette observation s'applique tant à l'échelle individuelle (ex. : convaincre un individu d'utiliser un moyen de protection efficace), organisationnelle (convaincre une municipalité de consacrer des ressources pour améliorer la sécurité des citoyens) que communautaire (convaincre la population du bien-fondé de consacrer une partie de la richesse collective à l'amélioration de la sécurité).

Souvent, le faible niveau de priorité accordé au dossier de la sécurité empêche des interventions efficaces de voir le jour. Et si malgré tout, des interventions sont menées pour répondre à une préoccupation de sécurité, ce ne sont souvent que des solutions incomplètes peu ou pas efficaces, ce qui constitue un gaspillage du peu de ressources disponibles. Le faible niveau de priorité accordé à la sécurité se traduit également par un investissement limité de ressources en recherche. Il est donc difficile d'obtenir le financement nécessaire à la réalisation ou à l'évaluation de projets novateurs.

5. Illustration d'une approche de promotion de la sécurité

L'approche de promotion de la sécurité peut être appliquée dans des milieux diversifiés d'envergure différente tels qu'une rue, un parc, une école, un quartier, une ville et une nation. Une illustration de cette approche appliquée au niveau d'une communauté locale est fournie par le mouvement « Safe Communities ».

Le mouvement « Safe Communities » a été développé par le Centre collaborateur OMS pour la promotion de la sécurité dans les communautés du Karolinska Institutet de Suède, sous les auspices de l'OMS. Ce mouvement a pour but de supporter les communautés souhaitant améliorer leur niveau de sécurité. Il s'est d'abord intéressé à la promotion de la sécurité au regard des traumatismes non intentionnels mais aujourd'hui, il développe également des projets englobant les problématiques de la violence et du suicide.

Présentement, plus d'une trentaine de communautés réparties un peu partout dans le monde ont adhéré au mouvement « Safe Communities ». Pour faire partie de ce mouvement, une communauté doit proposer un programme d'intervention souscrivant à des principes et à des critères explicites. Ces derniers sont basés sur des connaissances théoriques et pratiques relatives à la promotion de la sécurité et à la mobilisation des communautés. L'efficacité de tels programmes a été démontré à plusieurs reprises dans le passé (Schelp, 1987; Svanström, Andersson, 1998).

Les principes à la base des programmes « Safe Communities » sont les suivants :

- Les *programmes* visant à rendre les communautés plus sécuritaires doivent reposer sur toutes les organisations concernées par la sécurité de la communauté et être associés de près à tous les secteurs d'activité pertinents. La structure utilisée pour promouvoir la sécurité variera d'une communauté à l'autre et d'un pays à l'autre.
- Les *programmes* visant à rendre les communautés plus sécuritaires doivent s'appuyer sur suffisamment de données dont des données épidémiologiques pour être en mesure de bien documenter la nature et l'ampleur des problèmes de sécurité, incluant les accidents, les blessures, la violence et le suicide, et ce, dans tous les environnements incluant le domicile, le travail, la route, le sport et les loisirs.
- Les priorités pour l'action et la prise de décision doivent aussi reposer sur ce qui est perçu comme important par la communauté. Les solutions devraient être identifiées par la communauté et les suggestions provenant de l'extérieur devraient être adoptées seulement si elles sont vues comme étant appropriées par la communauté. Cela suppose l'implication des individus aussi bien que des communautés dans le processus mis de l'avant pour améliorer la sécurité.
- Un large éventail de techniques et de méthodes doivent être utilisées comme par exemple l'utilisation des médias, la présentation de données locales, la diffusion d'avis, de conseils, la formation de certains groupes de professionnels ainsi que des membres d'organismes communautaires, la réalisation de rondes de sécurité, le contrôle de l'environnement ou le développement de certains produits.

De ces principes découlent un certain nombre de critères qu'une communauté doit satisfaire pour adhérer au mouvement « Safe Communities », soit :

1. l'existence d'un comité intersectoriel responsable de la promotion de la sécurité;
2. l'implication du réseau communautaire local;
3. un programme couvrant tous les groupes d'âges, environnements et situations;
4. un programme portant une attention spéciale aux groupes et aux environnements à risque élevé et cherchant à assurer la sécurité des groupes vulnérables ;
5. un programme dont les responsables sont en mesure de documenter la fréquence et les causes des traumatismes;
6. un programme prévoyant une démarche à long terme plutôt qu'à court terme;
7. une communauté qui s'engage à :
 - a. utiliser des indicateurs appropriés pour évaluer le processus et les effets du changement;
 - b. identifier les organisations communautaires et analyser la possibilité de les faire participer au programme;
 - c. impliquer les organismes de santé et de bien-être tant pour des activités de surveillance que pour le programme de promotion de la sécurité;
 - d. impliquer tous les niveaux de la communauté dans la recherche de solutions;
 - e. faire connaître leur expérience au niveau national et international;
 - f. contribuer à un réseau fort de «Safe Communities».

6. Conclusion

Les différents éléments du cadre de référence proposé permettent d'avoir une perspective globale de la sécurité et de la promotion de la sécurité. Une telle perspective est utile pour mieux comprendre et intégrer les divers efforts consentis dans une collectivité à l'amélioration de sa sécurité. Elle devrait également favoriser la mobilisation des communautés locales, nationales et internationales autour des enjeux de sécurité.

Le cadre de référence proposé ne rejette aucune approche ou modèle d'intervention existant. Il vise plutôt à proposer une conception de la sécurité et de la promotion de la sécurité afin de rallier l'ensemble des approches utilisées dans ce domaine. Il constitue en quelque sorte un fil conducteur qui devrait faciliter la création d'un réseau de partenaires provenant de plusieurs disciplines et secteurs qui utilisent des modèles d'intervention différents et qui doivent collaborer à l'atteinte d'un objectif commun soit l'amélioration de la sécurité de la population.

L'approche de promotion de la sécurité devrait susciter la mise en oeuvre d'initiatives globales visant, non seulement la réduction de tel ou tel problème, mais aussi l'amélioration de la sécurité de la population tant au regard de sa dimension objective que subjective.

La mobilisation des intervenants et de la population nécessaire à la promotion de la sécurité devrait favoriser l'émergence d'une mentalité positive dans la collectivité considérant la sécurité comme une valeur et une ressource à préserver. Cette prise de conscience est susceptible de

faire inclure davantage la sécurité dans l'agenda des décideurs et dans leurs critères de décision.

7. Références

- Augoyard, J.-F. *Pas à pas. Essai sur le cheminement quotidien en milieu urbain*. In : Allet, C. (1979) *Au-delà de la sécurité : la vie sociale*. Actes du Congrès « Vivre et circuler en ville ». 29-31 janvier 1990. Seuil, Paris. pp. 275-280.
- Benedict, H. (1992) *Virgin or Vamp : How the Press Covers Sex Crime*. New York. Oxford University Press.
- Else, J. F., Walker, S. E. (1978) *Community Assessment Scale : The State of the Art*. J. of Sociology and Social Welfare. 5(3):299-315.
- Forde, D. R. (1993) *Perceived Crime, Fear of crime and Walking Alone at Night*. Psychological Reports. 73(2):403-407.
- Hayes, E. R., Carter, S. V., Carroll, M. C., Morin, K. H. (1996) *Managing Fear Associated with Nursing in Urban Environments : First Steps*. Public Health Nursing. 13(2):90-96.
- Levaque Charron, R., Cardinal, L., Lavoie, M., Maurice, P., Paradis, F. (1998) *Étude exploratoire visant l'identification d'outils permettant d'apprécier le niveau de sécurité d'une communauté*. Direction de la santé publique de Québec, Équipe Sécurité dans les milieux de vie. 63 pages et annexes.
- Maslow, A.H. (1968) *Toward a Psychology of Being*. Van Nostrand, New York, 1968.
- Maurice, P., Lavoie, M., Chapdelaine, A., Bélanger Bonneau, H. (1997) *Sécurité et promotion de la sécurité : Aspects conceptuels et opérationnels*. Maladies chroniques au Canada, 18(4):199-206.
- Organisation mondiale de la santé (1989) *Manifesto for Safe Communities. Safety - A Universal Concern and Responsibility for All*. First World Conference on Accident and Injury Prevention, 12 pages.
- Schelp, L. (1987) *Epidemiology as a Basis for Evaluation of a Community Intervention Programme on Accidents*. Karolinska Institutet. 67 pages et 5 articles.
- Sehier, J.-L. (1990) *La lutte systématique contre l'insécurité routière à Lille*. Actes du Congrès « Vivre et circuler en ville » Paris, 29-31 janvier 1990. pp.260-263.
- Svanström, L. (1993) *What is a Safe Community and How Can we Plan a Community Safety Programme ? Background Paper for The Fourth Travelling Seminar on Safe Communities : How to Create Supportive Environments for Safety*. Karolinska Institutet. KI VIT Rapport 298. 25 pages.
- Svanström, L., Andersson, R. (1998) *Critical Factors Required for the Successful Mobilisation of Communities to Enhance Safety*. Seminar on Safety Promotion : Conceptual and Operational Aspects. Québec. 5-6 February 1998. 7 pages.
- United Nations Development Program (1994) *Human Development Report 1994*. Oxford University Press, New York.

Annexe I

Liste des participants du groupe de discussion

Madame Martine Bantuelle
Directrice
EDUCA-SANTÉ
Charleroi
FRANCE

Docteur François Baudier
Directeur adjoint
Comité Français d'Éducation pour la
Santé
Vanves, FRANCE

Monsieur Claude Bégin
Direction de santé publique de
Lanaudière, Joliette
(Québec), CANADA

Docteur Hélène Bélanger Bonneau
Programme de prévention des blessures
Direction de la santé publique de
Montréal-Centre, Montréal
(Québec), CANADA

Monsieur Robert Bourbeau
Centre de recherche sur les transports
(CRT)
Expert de l'OMS en matière de prévention
des traumatismes
Université de Montréal
Département de démographie, Montréal
(Québec), CANADA

Professor Alex Butchart
University of South Africa
Human Sciences Research Council
Health Psychology Unit
Johannesburg, SOUTH AFRICA

Madame Wendy Cukier
Ryerson polytechnic University
Toronto
(Ontario), CANADA

Madame Monica Goracci
Violence et prévention des traumatismes
Changements sociaux et santé mentale,
Organisation mondiale de la santé

Genève, SUISSE

Madame Marcelle Hardy
Chef d'administration de programme
CLSC Laurentien,
Saint-Augustin-de-Desmaures
(Québec), CANADA

Docteur Lucie Laflamme
Karolinska Institute
Department of Public Health Sciences
Stockholm, SUÈDE

Docteur Michel Lavoie
Centre collaborateur OMS du Québec
pour la promotion de la sécurité et la
prévention des traumatismes, Beauport
(Québec), CANADA

Dr. Katherine Leonard
Medical Director
Teen clinic
North York General Hospital
North York,
(Ontario), CANADA

Madame Renée Levaque Charron
Centre collaborateur OMS du Québec
pour la promotion de la sécurité et la
prévention des traumatismes, Beauport
(Québec), CANADA

Docteur Michel Manciaux
École de santé publique
Université Henri Poincaré de Nancy
Faculté de médecine
Vandoeuvre les Nancy Cedex
France

Docteur Pierre Maurice
Centre collaborateur OMS du Québec
pour la promotion de la sécurité et la
prévention des traumatismes, Beauport
(Québec), CANADA

Professor Dinesh Mohan
Centre for Biomedical Engineering

Indian Institute of Technology,
New Delhi, INDIA

Madame Nicole Muhrad
Département Évaluation et Recherche en
Accidentologie
Institut National de Recherche sur les
Transports et leur Sécurité (INRETS)
FRANCE

Dr. Wim Rogmans
Director Consumer Safety Institute
Amsterdam, NEDERLAND

Docteur Claude Romer
Chef, Violence et prévention des
traumatismes
Changements sociaux et santé mentale
Organisation mondiale de la santé
Genève, SUISSE

Dr. Leif Svanström
WHO Collaborating Centre on Community
Safety Promotion
Karolinska Institutet
Department of Public Health Sciences
Stockholm, SWEDEN

Madame Sonia Tennina
Bureau du Coroner, Sainte-Foy
(Québec), CANADA

Annexe II

Liste des participants au Séminaire de Québec (février 98)

Madame Jeannette Ackroyd
Affaires internationales sur les armes à feu
Centre canadien des armes à feu
Ministère de la Justice, Ottawa
Ontario, CANADA

Doctor Ragnar Andersson
Karolinska Institutet
Department of Public Health Sciences
Injury Program Director
Safety Promotion Unit
Stockholm, SWEDEN

Monsieur Lorrain Audy
Association des directeurs de Police et
Pompiers du Québec, Montréal
(Québec), CANADA

Monsieur Claude Bégin
Direction de la santé publique de
Lanaudière, Joliette
(Québec), CANADA

Docteur Hélène Bélanger Bonneau
Programme de prévention des blessures
Direction de la santé publique de
Montréal-Centre, Montréal
(Québec), CANADA

Madame Jocelyne Bellerive
Formation médicale continue
Université Laval, Sainte-Foy
(Québec), CANADA

Docteur Robert Bourbeau
Centre de recherche sur les transports
(CRT)
Expert de l'OMS en matière de prévention
des traumatismes
Université de Montréal
Département de démographie, Montréal
(Québec), CANADA
Madame Chantale Breton
Direction de la santé publique de
Montréal-Centre, Montréal
(Québec), CANADA

Monsieur Serge Bruneau
Responsable de la sécurité urbaine
Ville de Montréal, Montréal
(Québec), CANADA

Professor Alex Butchart
University of South Africa
Human Sciences Research Council
Health Psychology Unit
Johannesburg, SOUTH AFRICA

Docteur Antoine Chapdelaine
Centre collaborateur OMS du Québec
pour la promotion de la sécurité et la
prévention des traumatismes, Beauport
(Québec), CANADA

Docteur Christine Colin
Directrice générale
Secrétariat à l'adoption internationale
Ministère de la Santé et des Services
sociaux, Montréal
(Québec), CANADA

Madame Pat Coursey
Safe Communities Foundation, Toronto
(Ontario), CANADA

Madame Wendy Cukier
Ryerson polytechnic University, Toronto
(Ontario), CANADA

Madame Priscilla de Villiers
CAVEAT (Canadian against violence
every where advocating its termination),
Burlington
(Ontario), CANADA

Monsieur Claude Dussault
Société de l'Assurance automobile du
Québec, Québec
(Québec), CANADA

Monsieur Desmond Dufour
Ministère de la Santé et des Services
sociaux
Direction générale de la santé publique,
Québec
(Québec), CANADA

Madame Céline Farley
Direction régionale de la santé publique
de la Montérégie, (St-Hubert)
(Québec), CANADA

Monsieur Claude Goulet
Régie de la sécurité dans les sports du
Québec
Service de la recherche et planification,
Trois-Rivières
(Québec), CANADA

Professor K. Güler Gürsu
Head of Department
Department of Plastic and
Reconstructive Surgery
Hacettepe University Medical School
Ankara, TURKEY

Madame Marcelle Hardy
Chef d'administration de programme
CLSC Laurentien,
Saint-Augustin-de-Desmaures
(Québec), CANADA

Mrs. Margaret Herbert
Chief, Child Injury Division
Bureau of reproductive and Child Health
Laboratory Centre for Disease Control
Health Canada, Ottawa
(Ontario), CANADA

Docteur Lucie Laflamme
Karolinska Institutet
Department of Public Health Sciences

Stockholm, SUÈDE

Docteur Isabelle Laporte
Institut national de santé publique du
Québec, Québec
(Québec), CANADA

Docteur Michel Lavoie
Centre collaborateur OMS du Québec
pour la promotion de la sécurité et la
prévention des traumatismes, Beauport
(Québec), CANADA

Monsieur Emile LeBrun
Handgun Epidemic Lowering Plan (HELP)
Network
Violent Injury Prevention Center
Chicago, USA

Docteur Ronald Lett
Canadian Network for International
Surgery, Prince George
(Colombie Britannique), CANADA

Madame Renée Levaque Charron
Centre collaborateur OMS du Québec
pour la promotion de la sécurité et la
prévention des traumatismes, Beauport
(Québec), CANADA

Madame Sally Lockhart
Direction de la promotion de la santé
Unité de la santé de la famille et de
l'enfance, Santé Canada, Ottawa
(Ontario), CANADA

Docteur Michel Manciaux
École de santé publique de Nancy
Université Henri Poincaré de Nancy
Vandoeuvre les Nancy cedex,
FRANCE

Docteur Pierre Maurice
Centre collaborateur OMS du Québec
pour la promotion de la sécurité et la
prévention des traumatismes, Beauport
(Québec), CANADA

Madame Marilou McPhedran
Project director international women's rights
Centre for refugee studies, York
University, Toronto
(Ontario), CANADA

Professor Dinesh Mohan
Centre for Biomedical Engineering
Indian Institute of Technology,
New Delhi, INDIA

Madame Nicole Muhlrud
Directrice de la recherche
Département Évaluation et Recherche en
Accidentologie
Institut National de Recherche sur les
Transports et leur Sécurité (INRETS),
FRANCE

Doctor Wim Rogmans
Director Consumer Safety Institute
Amsterdam, NEDERLAND

Docteur Claude Romer
Chef, Violence et prévention des
traumatismes
Changements sociaux et santé mentale
Organisation mondiale de la santé
Genève, SUISSE

Madame Diane Sergerie
Direction régionale de la santé publique
de la Montérégie, Saint-Hubert
(Québec), CANADA

Madame Danielle St-Laurent
Ministère de la Santé et des Services
sociaux, Québec
(Québec), CANADA
Dr. Leif Svanstrom
WHO Collaborating Centre on Community
Safety Promotion
Karolinska Institutet
Department of Public Health Sciences
Stockholm, SWEDEN

Monsieur David A. Sleet

National Center for Injury Prevention and
Control,
Centers for Disease Control and
prevention
Atlanta, USA

Madame Sonia Tennina
Bureau du Coroner, Sainte-Foy
(Québec), CANADA

Madame la Ministre
Kissem Tchangai- Walla
Ministère de la promotion féminine et de
la protection sociale
République Togolaise, TOGO

Monsieur Paul Thibault
Chef des divisions des activités
communautaires
Regroupement québécois du loisir
municipal, Sherbrooke
(Québec), CANADA

Ms. Joanne Vincenten
Executive Director
Alberta Centre for Injury Control and
Research
Affiliate Safe Community Support Centre,
Edmonton
(Alberta), CANADA

Annexe III

Liste des participants au Séminaire de Stockholm (mai 1998)

Dr. Ragnar Andersson
Karolinska Institutet
Department of Public Health Sciences
Injury Program Director
Safety Promotion Unit
Stockholm, SWEDEN

Dr. Vera Blank
Federal University of Santa Catarina
Health Sciences Centre
Department of Public Health
Florianopolis - SC,
BRAZIL

Ms. Erin Cassell
Monash University
Accident Research Centre
Affiliate Safe Community Support Centre
Melbourne, AUSTRALIA

Ms. Irene Graham
Formerly Safe Castlemilk
Glasgow, SCOTLAND

Dr. Bjarne Jansson
Karolinska Institutet
Department of Public Health Sciences
Stockholm, SWEDEN

Docteur Lucie Laflamme
Karolinska Institutet
Department of Public Health Sciences
Stockholm, SWEDEN

Madame Renée Levaque Charron
Centre collaborateur OMS du Québec
pour la promotion de la sécurité et la
prévention des traumatismes, Beauport
(Québec), CANADA

Mr. Johan Lund
National Institute of Public Health,
Oslo, NORWAY

Docteur Pierre Maurice
Centre collaborateur OMS du Québec
pour la promotion de la sécurité et la
prévention des traumatismes, Beauport

(Québec), CANADA

Dr. Wim Rogmans
Director Consumer Safety Institute
Amsterdam, NEDERLAND

Dr. Lothar Schelp
National Institute of Public Health
Dir. Swedish National Safety Promotion
Programme
Stockholm, SWEDEN

Dr. Leif Svanström
WHO Collaborating Centre on Community
Safety Promotion
Karolinska Institutet
Department of Public Health Sciences
Stockholm, SWEDEN

Ms. Joanne Vincenten
Alberta Centre for Injury Control and
Research
Affiliate Safe Community Support Centre,
Edmonton
(Alberta), CANADA

Madame Diane Sergerie
Direction de la santé publique de la
Montérégie
Québec, CANADA