



CADRE DE RÉFÉRENCE EN PRÉVENTION DE LA VIOLENCE

Pour guider l'action en santé publique

Le **Cadre de référence en prévention de la violence – Pour guider l’action en santé publique** est une production de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal (DRSP-CCSMTL).

Janvier 2025

1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 4M1
514 528-2400
<https://www.drspmtl.ca>

Recherche et rédaction

Ariane De Palacio, Larissa Ouedraogo, Émeline Antoine

Coordination

Judith Archambault Patterson, Marylène Goudreault, Catherine Robichaud, Catherine Verreault

Commentaires et relecture

Roxane Beauchemin, Sabrina Moroni

Révision linguistique

Florence Mulumba

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
1. Objectifs du cadre de référence	2
2. Définition de la violence et de ses formes	3
2.1 La violence et ses impacts sur la santé	3
2.2 Les différentes catégories de la violence	3
2.3 Les différentes formes de la violence	4
2.4 La violence : où la trouve-t-on?	5
3. Cadre conceptuel en prévention de la violence	6
3.1 La violence à travers les parcours de vie	8
3.2 Le modèle écologique appliqué à la violence et sa prévention	9
3.3 Objectifs de la DRSP-CCSMTL en prévention de la violence	10
3.4 Les interventions en santé publique	11
3.5 Conditions de succès des interventions de santé publique en prévention de la violence.....	13
Conclusion	14
Bibliographie	15
Annexes	18
Annexe 1: Planification des interventions en santé publique visant à prévenir la violence	18
Annexe 2: Exemples d'interventions en santé publique	21

INTRODUCTION

La problématique complexe de la violence à Montréal, notamment en contexte postpandémique, constitue un enjeu majeur de santé publique et une priorité d'action pour la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (DRSP-CCSMTL), tant par la fréquence du phénomène que par ses impacts sur la santé des individus et des communautés. Ces dernières années, les enjeux autour de la violence armée dans la métropole ont pris une place considérable dans l'espace médiatique. Dans une perspective de santé publique, l'importance d'agir en prévention de la violence dépasse largement ce phénomène : les différentes formes et manifestations de la violence (ex. : violence conjugale, violence familiale, maltraitance envers les aînés) constituent tout autant des priorités d'intervention pour la santé publique.

La violence touche une proportion importante de la population. En 2019, le taux de victimisation¹ violente auto-rapportée était de 52 pour 1000 résident.es de l'agglomération de Montréal âgés.es de 15 ans et plus (Cotter, 2021). Cependant, la violence est un phénomène très hétérogène, qui affecte de manière disproportionnée certains groupes populationnels (Cotter, 2021) : par exemple les femmes, les populations autochtones, les jeunes, les personnes issues des minorités sexuelles et de genre ou encore les personnes en situation d'itinérance, sont plus à risque d'être exposées à de la violence au cours de leur vie, en raison de facteurs multi-niveaux (sociétal, communautaire, relationnel ou individuel).

L'expérience de la violence (que ce soit comme victime, auteur/autrice ou témoin) a des effets significatifs à court et long terme sur la santé et le bien-être des individus et des populations, et démontre l'importance d'agir sur la problématique. Les conséquences de la violence sur la santé sont vastes et parfois irréversibles : blessures, symptômes dépressifs, dépendances, troubles post-traumatiques, problèmes de santé reproductive, handicaps, décès, etc.

Depuis 2003, la violence est reconnue comme un enjeu de santé publique dans le Programme national de santé publique (PNSP). En 2018, le rapport du Directeur national de santé publique était d'ailleurs consacré à la prévention de la violence au Québec (MSSS, 2018). Au fil des décennies, l'engagement du réseau de la santé publique en prévention de la violence s'est intensifié, avec une collaboration croissante de partenaires issus de milieux variés tels que la santé, la justice, la sécurité publique ou le communautaire.

¹Fait, pour une personne, d'être victime d'un acte de violence.

Considérant la diversité des acteurs impliqués, des milieux concernés et les différents financements octroyés pour la prévention de la violence, il est apparu nécessaire de positionner le rôle de la santé publique en lien avec cette problématique. Ce cadre répond donc à ce besoin et constitue une première étape pour clarifier la vision et l'approche de la DRSP-CCSMTL en prévention de la violence.

1. OBJECTIFS DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Ce cadre de référence se veut un outil synthétique à destination des équipes de la DRSP-CCSMTL et de leurs partenaires, afin de tendre vers :

- Une compréhension et une vision commune de la prévention de la violence, de ses déterminants et de ses effets sur la santé.
- L'identification des zones de développement, d'arrimages et des synergies d'actions à amplifier.
- La bonification des interventions en promotion de la sécurité et en prévention de la violence.

Limites du cadre de référence

Ce cadre de référence a été conçu comme un outil généraliste et synthétique offrant une base conceptuelle aux acteurs et actrices souhaitant intégrer une perspective de prévention de la violence dans la compréhension de leurs mandats et au sein de leurs activités ou projets. Pour être opérationnel et se traduire en actions concrètes, ce cadre doit soutenir un processus de planification adapté aux différents contextes. En ce sens, l'annexe 1 propose des options de processus de planification en prévention de la violence ancrés dans les principes de santé publique.

2. DÉFINITION DE LA VIOLENCE ET DE SES FORMES

2.1 La violence et ses impacts sur la santé

La violence se définit comme « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre d'autrui ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme², des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » (OMS, s.d.).

L'exposition à la violence a été corrélée à un ensemble d'impacts négatifs, parfois irréversibles sur la santé physique et mentale d'un individu, ainsi que sur son développement et son bien-être. Par exemple, une exposition prolongée à des expériences négatives durant l'enfance, qui inclut l'ensemble des formes de violence, comme celles vécues au sein de la sphère familiale, est corrélée à plusieurs maladies chroniques comme l'asthme, l'hypertension, et à une mortalité prématurée à l'âge adulte (US Department of Health and Social Services, s.d.). Également, l'exposition à la violence est corrélée au développement de dépendances et de comportements ayant un impact négatif sur la santé (Laforest et al. 2018). Par exemple, une exposition élevée à la violence au sein de la communauté et du quartier est associée à un usage moindre des espaces publics et une réduction de l'activité physique (Meyer et al., 2014).

2.2 Les différentes catégories de la violence

- **La violence interpersonnelle** : commise entre individus (ex. : violence conjugale ou familiale);
- **La violence auto-infligée** : s'applique lorsque l'auteur et la victime sont la même personne (ex. : suicide ou sévices auto-infligés);
- **La violence collective** : commise par de larges groupes d'individus sur d'autres groupes à des fins politiques, économiques ou sociales (ex. : guerre, génocide ou actes terroristes).

²Dans l'objectif de réduire les préjudices, les risques de retraumatisation et favoriser la résilience des individus, les approches tenant compte des traumatismes et de la violence (*Trauma-informed approaches*) sont préconisées au niveau des politiques et des pratiques du réseau de la santé et des services sociaux. Pour en savoir plus, consultez la page suivante: [Approches tenant compte des traumatismes et de la violence - politiques et pratiques.](#)

Ce cadre de référence se concentre surtout sur les formes interpersonnelles de violence. Les violences auto-infligées sont déjà abordées à la DRSP-CCSMTL dans d'autres ressources et productions, notamment en santé mentale et prévention du suicide³.

En ce qui concerne la violence collective, certains groupes de la population, tels que les personnes autochtones, y ont été particulièrement exposés dans le passé et le sont toujours aujourd'hui (ex. : colonialisme, politiques ou pratiques discriminatoires et d'assimilation) (MSSS, 2018). La violence collective n'est pas traitée dans ce cadre et nécessiterait un cadre distinct permettant de détailler et contextualiser ces enjeux de violence propres aux populations concernées.

2.3 Les différentes formes de la violence

Les différentes catégories de violences (interpersonnelle, auto-infligée et collective) peuvent se décliner en différentes formes :

- Physique
- Psychologique et/ou verbale
- Sexuelle
- Privation et négligence
- Économique

La violence est très contextuelle et doit être abordée en tenant compte de plusieurs facteurs, tels que la nature de la relation entre l'auteur et la victime (étranger, partenaire, enfant/parent, etc.), l'environnement dans lequel les actes de violence s'inscrivent (communauté, milieu de travail, école, etc.) ainsi que le stade de la vie (âge), entre autres.

³Consulter la page suivante pour plus d'informations: [DRSP - Prévention du suicide](#).

2.4 La violence : où la trouve-t-on ?

La violence touche l'ensemble des groupes de la population et se manifeste dans tous les environnements, de la sphère privée à la sphère collective : à la maison, à l'école, au travail, dans les activités de loisirs, dans le quartier et la communauté, dans les services et institutions, dans les espaces publics ou en ligne, etc.

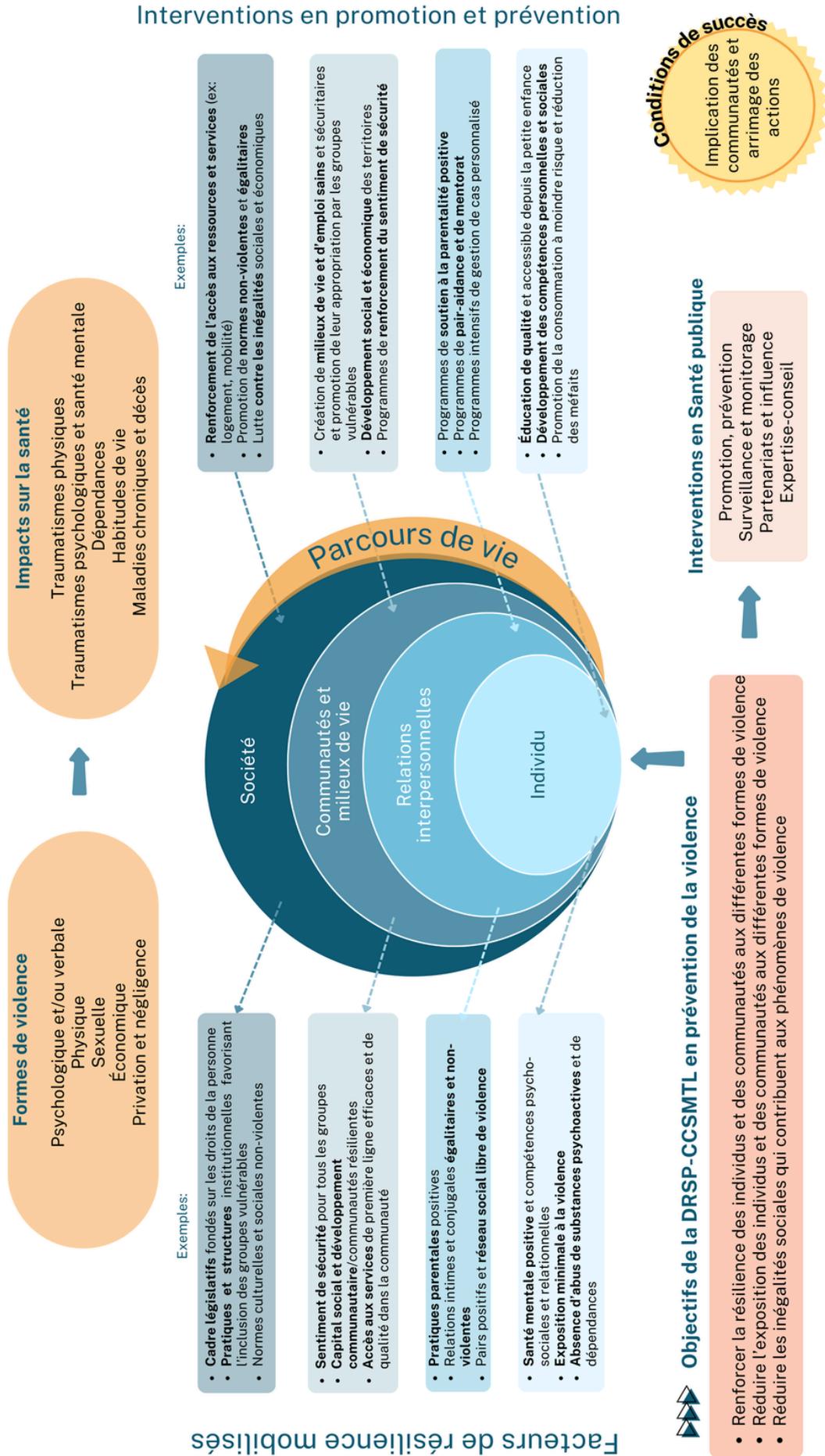
La plupart des actes de violence se déroulent dans des lieux privés (CIPC, 2022). En outre, une majorité d'actes de violence ne sont pas déclarés à la police, ce qui empêche de quantifier avec exactitude l'ampleur du problème. Cette sous-déclaration est un phénomène particulièrement important dans les violences qui touchent à la sphère intime et familiale, les violences qui affectent les populations les plus vulnérables et marginalisées, les violences chez les jeunes, ainsi que les formes de violence qui font l'objet d'une acceptation sociale et d'une minimisation dans l'opinion publique.

Les phénomènes de violence touchent les groupes populationnels de manière hétérogène et leur expression au sein des communautés est considérablement influencée par les inégalités sociales. Aussi, on observe une forte corrélation entre des groupes, communautés et territoires présentant des niveaux élevés de vulnérabilité socio-économique et de marginalisation, et l'intensité et multiplicité des formes de violence qui les affectent (Armstead et al., 2021).

3. CADRE CONCEPTUEL EN PRÉVENTION DE LA VIOLENCE

Le cadre conceptuel ci-dessous présenté à la figure 1 illustre l'approche de santé publique en matière de promotion de la sécurité et de prévention de la violence. Les différents éléments du cadre sont décrits dans les sections subséquentes. La partie supérieure du schéma (formes de violence et impacts sur la santé) est abordée dans le chapitre 2.

Figure 1. Cadre conceptuel en prévention de la violence



3.1 La violence à travers les parcours de vie

L'interaction entre les différents types et formes de violence est complexe et s'inscrit dans le temps, aux différentes étapes de la vie (continuum) : la petite-enfance, l'enfance, l'adolescence, chez les jeunes adultes, les adultes et les personnes âgées.

Des formes de violence spécifiques s'exprimeront différemment en fonction des étapes de la vie de chaque individu (avec des relations auteur/autrice victime-témoins, des circonstances et des modalités variables). D'autre part, certaines étapes de vie sont corrélées plus fortement à certains types de violence, ce qui fait que la vulnérabilité d'une personne face aux différentes formes de violence évolue en fonction de son âge. Notamment, durant l'enfance, les individus sont plus susceptibles d'expérimenter des violences au sein de la famille; pendant l'adolescence, les individus sont plus vulnérables à des formes spécifiques de violence comme l'intimidation ou la violence en ligne; alors que les personnes âgées sont plus à risque de subir des formes de maltraitance ou d'abus spécifiques.

Par ailleurs, plusieurs mécanismes contribuent au cumul des expositions à la violence au cours de la vie : le fait d'être exposé à de multiples reprises et à différentes formes ou types de violence en même temps ; imiter des modèles influents aux comportements violents ; ou bien reproduire des dynamiques de violence dont on a été témoin. Ces mécanismes augmentent le risque des personnes déjà exposées à la violence de l'être par la suite de manière répétée, et ce, comme victime, auteur/autrice ou témoin⁴ (Laforest et al. 2018).

⁴Plusieurs mécanismes peuvent contribuer à un cumul des expositions à la violence (Laforest et al., 2018):

- La cooccurrence (au moins deux formes ou types de violences subies par une personne à un moment donné);
- La victimisation multiple/revictimisation (épisodes de victimisation répétés);
- Les mécanismes de reproduction individuelle de la violence et le cycle victimisation/commission (l'exposition et la victimisation sont des facteurs de risque pour la commission d'actes violents);
- Les mécanismes de transmission communautaire de la violence (une forte prévalence de la violence au sein d'une communauté est un facteur de risque d'augmentation des niveaux de violence).

L'exposition à la violence

L'exposition à la violence se définit comme la fréquence et l'intensité de l'expérience faite par un individu ou une communauté à des actes de violence de toutes sortes. Ce contact peut se faire à travers les rôles d'auteur/autrice, de victime ou de témoin et il est fréquent qu'une personne soit exposée à ces trois rôles à différents moments de sa vie. Il est donc essentiel de nuancer nos approches des phénomènes de violence en prenant en compte ces trois perspectives, tout en reconnaissant que les expériences individuelles sont à la fois complexes et multiples.

L'exposition à la violence constitue l'un des facteurs de risque les plus importants et répandus :

- **Dans les parcours de vie** : plus une personne a été exposée à différentes formes de violence, sous quelque forme que ce soit, plus elle sera à risque d'y être réexposée.
- **À travers les générations** : la violence intrafamiliale ou certains types de violence communautaire produisent des cycles de victimisation et de commission⁵, où les personnes victimes reproduisent sur les générations subséquentes les violences auxquelles elles ont été exposées.
- **Au sein des communautés** : les systèmes communautaires qui connaissent des phénomènes de violence sont particulièrement à risque de les voir s'aggraver et d'en connaître d'autres. C'est ce qu'on appelle la transmission communautaire de la violence.

3.2 Le modèle écologique appliqué à la violence et sa prévention

Le modèle écologique a été choisi pour ce cadre conceptuel afin de représenter la complexité et la diversité des expositions possibles à la violence, mais aussi pour souligner les différents champs dans lesquels les interventions de promotion et prévention peuvent se déployer.

⁵La commission d'actes de violence est le fait de commettre un acte de violence.

Initialement développé par le psychologue du développement Urie Bronfenbrenner (Kilanowski, 2017), il est depuis adapté à un très vaste spectre de sujets et constitue notamment un des outils de base de l'approche de santé publique.

Les facteurs de protection et de vulnérabilité face aux phénomènes de violence se déploient dans quatre sphères : individuelle, relationnelle, communautaire (incluant les différents milieux de vie) et sociétale ou macro-systémique (Laforest et al. 2018).

De même, les différentes formes de violence et leurs impacts peuvent s'exprimer dans l'ensemble de ces sphères. L'expérience de violences d'une personne est ainsi décuplée lorsqu'elle y est exposée dans plusieurs sphères: à la maison, à l'école ou dans le milieu de travail, dans la communauté, ou de manière générale dans la société, notamment au travers d'expériences de discriminations et d'exclusion.

Comme dans toute approche préventive, la prévention de la violence doit donc agir sur l'ensemble de ces sphères pour avoir une efficacité significative. Autrement dit, il ne sera possible d'avoir un impact significatif sur la vulnérabilité d'une personne à la violence que si un travail est effectué pour renforcer sa résilience au niveau personnel, dans ses relations, sa communauté, et la société de manière globale.

3.3 Objectifs de la DRSP-CCSMTL en prévention de la violence

Pour agir efficacement en prévention de la violence, il est nécessaire de poser des actions tenant compte des réalités vécues par les différents groupes de la population, des inégalités sociales, des différents stades du parcours de vie, ainsi que des facteurs de risque et de résilience propres aux différents milieux de vie dans lesquels les individus évoluent (Laforest et al., 2018 ; MSSS, 2018).

Ainsi, en tant qu'organisation de santé publique, les objectifs identifiés sont les suivants :

- Renforcer la résilience des individus et des communautés aux différentes formes de violence.
- Réduire l'exposition des individus et des communautés aux différentes formes de violence.
- Réduire les inégalités sociales qui contribuent aux phénomènes de violence.

Afin de répondre à ces objectifs, une diversité d'interventions en promotion de la sécurité et prévention de la violence, touchant aux différentes sphères du modèle écologique, peuvent être mises en place par la santé publique.

3.4 Les interventions en santé publique

Quatre types d'interventions, découlant de la mission et du rôle de la santé publique, permettent de répondre aux objectifs de la DRSP-CCSMTL en prévention de la violence: les interventions en promotion de la sécurité et prévention de la violence; la surveillance et le monitoring; l'établissement de partenariats et le rôle d'influence; l'expertise-conseil auprès de nos partenaires. Parmi ces types d'interventions, celles en promotion de la sécurité et prévention de la violence, ainsi que celles en surveillance présentent des spécificités, et font l'objet d'un approfondissement ci-dessous.

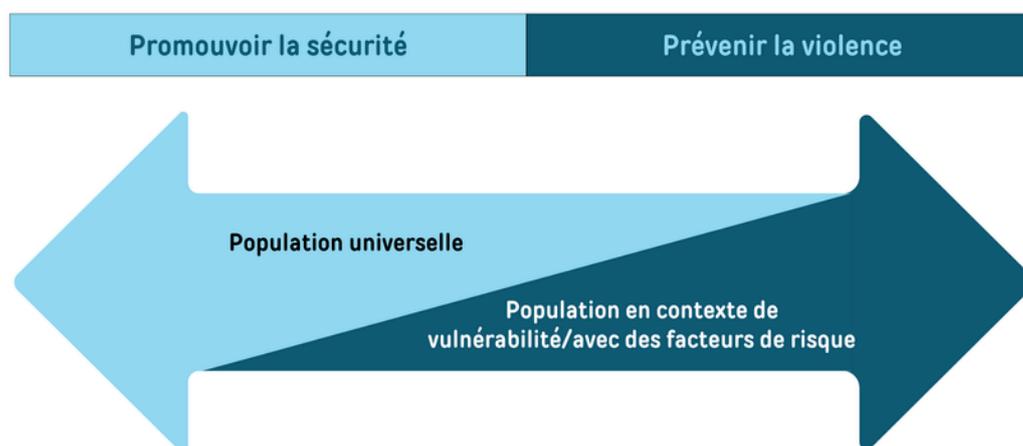
Promotion de la sécurité et prévention de la violence

La promotion se définit comme l'ensemble des processus permettant aux individus et aux populations d'améliorer leur santé et d'en avoir un meilleur contrôle (OMS, 1986). Quant à la prévention telle que définie par l'OMS depuis sa création en 1948, elle regroupe toutes les mesures visant à réduire ou éviter l'apparition des problèmes de santé, ou à en atténuer la sévérité et les impacts négatifs (Rayssiguier et Huteau, 2018). Dans le cadre de la lutte contre la violence, les interventions en santé publique doivent à la fois promouvoir des environnements et des comportements sécuritaires, et prévenir l'exposition aux différentes formes de violence, en agissant sur les facteurs de risque et de protection à plusieurs niveaux.

Les phénomènes de violence se retrouvent dans l'ensemble des expériences individuelles et collectives : c'est leur intensité et leur impact sur les personnes et les communautés qui diffèrent. Ainsi, il est important de développer des approches de promotion d'environnements sécuritaires et de prévention de la violence auprès de toutes les populations, et ce, de manière proportionnée et adaptée aux besoins, notamment pour les populations présentant des facteurs de risque d'exposition à la violence.

En effet, certains groupes de la population vivent dans des contextes socio-économiques défavorables ou vivent de la discrimination et/ou de la marginalisation, ce qui augmente le risque d'être exposé à la violence. Il est donc important pour prévenir la violence de cibler ces facteurs de risque et réduire les inégalités sociales, mais aussi de mobiliser les facteurs de résilience dans les communautés. La figure 2 (ci-dessous) illustre cette approche de santé publique en promotion de la sécurité et prévention de la violence qui prend en compte la population générale et les groupes en situation de vulnérabilité.

Figure 2. La promotion de la sécurité et la prévention en violence



Adapté du schéma de la DRSP (2019) sur la promotion de la santé et la prévention

Surveillance des états de santé

La surveillance est un processus continu et systématique d'appréciation de l'état de santé et de ses déterminants. Elle implique un ensemble d'activités qui visent la production de connaissances sur l'ampleur et l'évolution des problèmes de santé et de ses déterminants sur des cycles temporels relativement longs (années). [La surveillance peut servir à] éclairer la prise de décision, informer la population, soutenir la mobilisation des acteurs dans différentes sphères d'activités, influencer les politiques publiques (DRSP-CCSMTL, 2022).

Dans le domaine de la prévention de la violence, la mission de surveillance de la santé publique prend une importance stratégique. En effet, le développement et la mise en œuvre d'une approche intégrée de la prévention de la violence, basés sur un modèle de santé publique, passe par une étape incontournable de diversification des sources de données et d'informations renseignant sur ces phénomènes. Il s'agit de décentrer la compréhension des phénomènes d'une lecture policière et criminalistique vers une compréhension plus étoffée de la violence, tout particulièrement en y intégrant les données sur la violence collectée par le système de santé. Cet arrimage entre différentes sources de données permet en outre de réduire le chiffre noir de la violence, c'est-à-dire, les actes de violence non connus, car non déclarés aux services de police.

Cette articulation entre données criminelles et données de santé est d'ailleurs à la base des pratiques recommandées, comme le modèle de Cardiff⁶.

⁶Le modèle de Cardiff regroupe un ensemble de pratiques visant à soutenir la prise de décision locale en matière de prévention de la violence par un monitoring des phénomènes de violence basés sur la co-utilisation de données de santé et de données policières, notamment en harnachant les données issues des services d'urgence. Ce modèle s'avère efficace pour mettre en œuvre des processus de décision informés par les données (Data-driven decisionmaking) (Gray et al., 2017).

3.5 Conditions de succès des interventions de santé publique en prévention de la violence

Implication des communautés et empowerment

Le pouvoir d'agir des communautés⁷ est un principe central de la prévention de la violence et de la sécurité publique. Les communautés sont des parties prenantes incontournables de ces efforts et doivent être des partenaires centraux des interventions mises en œuvre pour prévenir et lutter contre la violence. Pour être efficace, l'implication des communautés dans l'élaboration et la mise en œuvre des efforts en prévention de la violence doit intégrer quatre dimensions principales : la confiance, la transparence, la communication et l'engagement (Morrel-Samuels et al. 2016).

Transversalité et arrimage des actions

L'efficacité des politiques publiques et des interventions en prévention de la violence repose notamment sur le principe de l'intersectorialité, c'est-à-dire le fait que l'impact des actions développées et mises en œuvre en partenariat entre les principaux acteurs/actrices sera plus important que si les mêmes actions sont mises en œuvre de manière séparée, sans arrimage. L'Organisation mondiale de la santé recommande l'adoption d'une approche transversale de la prévention de la violence, incluant les domaines suivants: la santé publique, le système police-justice, l'éducation et les services sociaux (OMS, 2020). Afin d'illustrer cette synergie, l'annexe 2 propose des exemples d'interventions à Montréal (basées sur les meilleures pratiques en prévention de la violence et en promotion de la sécurité) ainsi que les principaux partenaires impliqués en fonction du niveau d'intervention.

⁷Dans la littérature, le concept du pouvoir d'agir (empowerment) est à la fois une approche, un processus et un résultat : une approche fondée sur la croyance que les personnes, tant individuellement que collectivement, ont ou peuvent acquérir les capacités pour effectuer des transformations nécessaires pour assurer leur accès aux ressources, voire les contrôler; un processus par lequel les personnes ou les communautés s'approprient leur pouvoir d'agir et la capacité de l'exercer de façon autonome ; un résultat qui se traduit par la capacité concrète des personnes d'exercer individuellement ou collectivement un plus grand contrôle sur ce qui est important pour elles, leurs proches, ou la collectivité à laquelle elles s'identifient (Ninacs, 2008; Bernard et Michaud, 2020).

CONCLUSION

La violence est un phénomène qui a des répercussions importantes sur la santé physique et mentale des individus et des communautés. Elle s'observe dans tous les milieux et touche toutes les populations, mais à des intensités et des fréquences différentes : certains groupes y sont plus exposés, notamment ceux vivant des inégalités sociales, de la marginalisation ou des discriminations.

Considérant l'importance et la diversité des impacts des différentes formes de violence sur les communautés et les individus, il apparaît primordial d'adopter une approche de santé publique en prévention de la violence, qui soit globale et inclusive. Cette approche doit tenir compte des divers milieux et sphères où la violence se manifeste, ainsi que de ses répercussions tout au long de la vie, afin d'intervenir de manière efficace et adaptée.

Le présent cadre de référence se veut une première étape vers la compréhension commune des formes, déterminants et conséquences de la violence sur la santé des populations et ses déterminants. La prise en compte des facteurs de risque d'exposition à la violence, telles que les inégalités sociales ou les discriminations est nécessaire pour lutter contre ce phénomène. Ce cadre permet également d'initier l'identification des facteurs de résilience pouvant être mobilisés par les interventions en santé publique afin de bonifier nos actions et de développer les arrangements qui permettront d'avoir un plus grand impact sur la promotion d'environnements sécuritaire et la prévention de la violence.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé publique du Canada (s.d.). Approches tenant compte des traumatismes et de la violence – politiques et pratiques. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/securite-et-risque-pour-sante/approches-traumatismes-violence-politiques-pratiques.html>

Armstead, TL., Wilkins, N., Nation, M. (2021). Structural and social determinants of inequities in violence risk: A review of indicators. *J Community Psychol.* 49(4), 878-906. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7278040/>

Bernard, A. & Michaud, A. (2020). Pratiques d'organisation communautaire dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec: Cadre de référence du RQIIAC. Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.1515/9782760554146>

Centre international pour la prévention de la criminalité (CIPC). (2022). Rapport sur la criminalité, agglomération de Montréal. https://cipc-icpc.org/wp-content/uploads/2022/04/Portrait_Criminalite_VF-3.pdf

Cotter, A. (2021). Criminal victimization in Canada, 2019. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00014-eng.htm#a5>

Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (DRSP). (2022). Outil 6 – Données, informations et connaissances : besoins et activités pour la Mise à jour – PARI 2022-2025 [Document inédit]. Gouvernement du Québec.

Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2019). Mesure Milieux de vie favorable – Jeunesse : Cadre de référence de la mesure 4.2 de santé publique. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4006847>

Gray, B. J., Barton, E. R., Davies, A. R., Long, S. J., Roderick, J., & Bellis, M. A. (2017). A shared data approach more accurately represents the rates and patterns of violence with injury assaults. *J Epidemiol Community Health*, 71(12), 1218-1224. <https://jech.bmj.com/content/71/12/1218>

Hanson, D.W., Finch, C.F., Allegrante, J.P., Sleet, D. (2012). Closing the gap between injury prevention research and community safety promotion practice: revisiting the public health model. *Public Health Rep.*, Mar-Apr; vol.127(2), pp.147-55. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3268799/>

Institut national de santé publique du Québec (s.d.). Démarche structurée de planification des actions. <https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/promotion-de-la-securite-dans-les-communautes/demarche-structuree-de-planification-des-actions>

Kilanowski, J. F. (2017). Breadth of the socio-ecological model. *Journal of agromedicine*, 22(4), 295-297. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1059924X.2017.1358971>

Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L. M. (dir.). (2018). Rapport québécois sur la violence et la santé. Montréal : Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante>

Meyer, O. L., Castro-Schilo, L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2014). Determinants of mental health and self-rated health: A model of socioeconomic status, neighborhood safety, and physical activity. *American Journal of Public Health*, 104(9), 1734-1741. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4151927/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec. (2018). La prévention de la violence au Québec : une responsabilité individuelle et collective [Huitième rapport du directeur national de santé publique], 76p. . <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002077>

Morrel-Samuels, S., Bacallao, M., Brown, S. et al. Community Engagement in Youth Violence Prevention: Crafting Methods to Context. *J Primary Prevent* 37, 189-207 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10935-016-0428-5>

Ninacs William, A. (2008). Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité. Les Presses de l'Université Laval. <https://www.pulaval.com/livres/empowerment-et-intervention-developpement-de-la-capacite-d-agir-et-de-la-solidarite>

Organisation mondiale de la santé.(s.d.). The Violence Prevention Alliance approach. <https://www.who.int/groups/violence-prev>

Organisation mondiale de la Santé. (1986). Promotion de la santé : Charte d'Ottawa. <https://iris.who.int/handle/10665/349653>

Organisation mondiale de la santé. (2020). Violence Prevention through Multisectoral Collaboration. An International Version of the Collaboration Multiplier Tool to Prevent Interpersonal Violence. <https://www.who.int/publications/m/item/violence-prevention-through-multisectoral-collaboration>

Organisation mondiale de la santé. (2022). World health organization Violence Prevention Unit: approach, objectives and activities, 2022-2026. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/who_2022_plv_strategy_2022-2026_finalfile.pdf?sfvrsn=c819ff54_3&download=true

Rayssiguier, y., et Huteau, G. (2018). Chapitre 4. La prévention, la promotion et l'éducation pour la santé. Politiques sociales et de santé Comprendre pour agir. Presses de l'EHESP, pp. 451-458. <https://stm-cairn-info.acces.bibl.ulaval.ca/politiques-sociales-et-de-sante--9782810907083-page-451?lang=fr>

Tonks, S., et Stephenson, Z. (2018). Disengagement from street gangs: a systematic review of the literature. *Psychiatr Psychol Law*. vol. 26(1), pp.21-49. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13218719.2018.1482574>

United States Department of Health and Human Services (HHS). (s.d.). Crime and Violence. <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health/literature-summaries/crime-and-violence>

ANNEXES

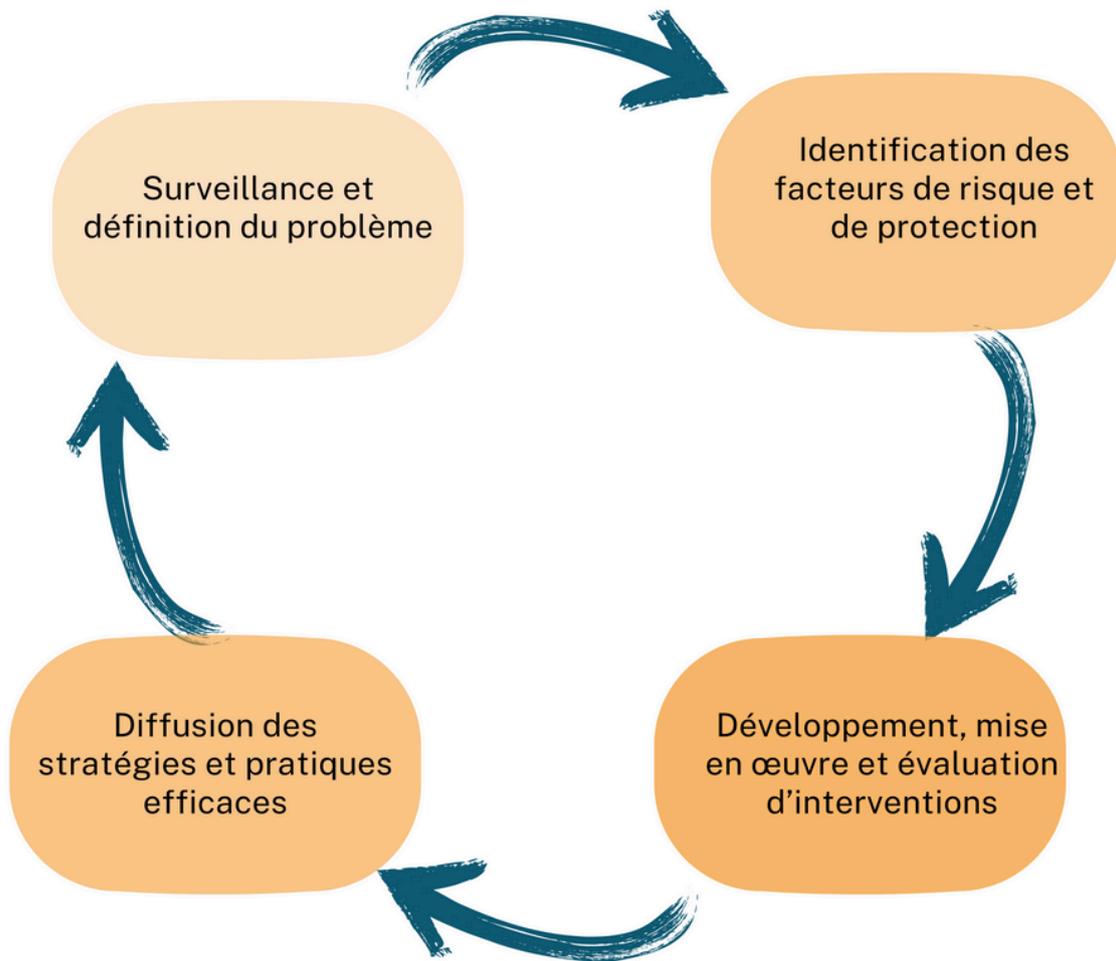
Annexe 1 : Planification des interventions en santé publique visant à prévenir la violence

Afin de mettre en place des interventions, programmes ou politiques en prévention de la violence et en promotion de la sécurité répondant aux besoins et aux objectifs visés, différents processus ou étapes en cohérence avec les principes généraux de la planification en santé publique sont proposés.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'approche de santé publique en prévention de la violence est un processus de planification basé sur les données probantes, décliné en plusieurs étapes (OMS, 2022, Hanson et Al., 2012) :

- Surveillance, compréhension et définition du problème en s'appuyant sur une méthode scientifique, rigoureuse, inclusive et participative ;
- Identification des facteurs de risque et de protection à l'œuvre en utilisant le modèle écologique (pourquoi, où le phénomène de violence apparaît et qui est ce que cela affecte);
- Développement, mise en œuvre et évaluation de stratégies de prévention qui agissent sur les facteurs identifiés dans un souci de continuum d'interventions ;
- Diffusion des stratégies et pratiques efficaces (Hanson et Al., 2012) en ayant recours de manière systématique à l'évaluation des interventions.

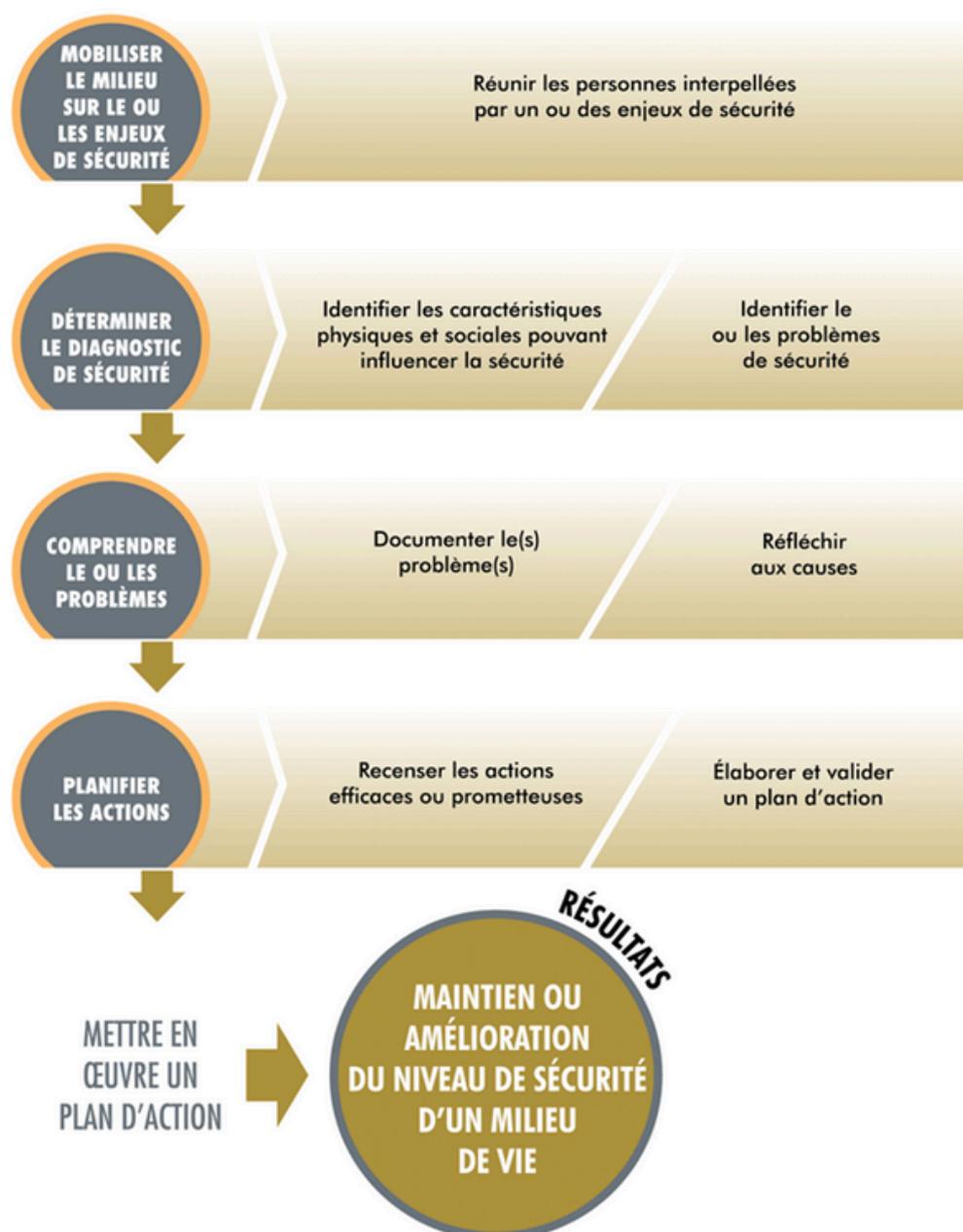
Figure 3. Les étapes de l'approche en santé publique en prévention de la violence



Adapté du schéma de l'OMS (2022) et de Hanson et al. (2012)

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) propose, pour sa part, un processus différent (voir figure 4), axé sur le développement de stratégies de sécurité communautaire ancrées dans les milieux. Ce processus a été pensé en se basant sur les pratiques et les besoins spécifiques aux contextes québécois, notamment à Montréal. Toujours selon l'INSPQ, ce processus devrait s'accompagner d'une évaluation systématique (processus et/ou résultats).

Figure 4. Démarche structurée de planification des actions en prévention de la violence selon l'INSPQ



Source : Institut national de santé publique du Québec (s.d.).

Annexe 2 : Exemples d'interventions en santé publique

La violence est un phénomène qui existe de manière omniprésente dans nos sociétés : nous sommes tous exposés à une ou plusieurs formes de violence, d'une manière ou d'une autre, à des degrés différents et avec des conséquences différentes sur notre santé et notre bien-être. Les groupes populationnels les plus vulnérables sont ceux qui sont les plus exposés à la violence.

Ainsi, lorsqu'il s'agit de prévention de la violence, le continuum universel – primaire – secondaire – tertiaire doit se comprendre non pas sur une échelle avant – pendant – après une expérience de violence, mais bien comme un tout où les interventions doivent être déployées et proportionnées en fonction des réalités vécues par les personnes et les communautés. Par exemple, une communauté très exposée à des formes de violence répétées devra ainsi être approchée dans un continuum intégré de prévention, allant de la promotion de modes de vie et de valeurs non violentes jusqu'à des interventions de guérison et de rétablissement comme la justice réparatrice ou les programmes de réinsertion communautaire.

Le tableau ci-dessous présente des exemples d'interventions à Montréal en fonction du niveau de prévention, ainsi que les meilleures pratiques et les principaux partenaires impliqués.

Tableau 1. Types d'interventions et de programmes en fonction des niveaux de prévention

Niveaux de prévention	Promotion de la sécurité	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Objectifs d'intervention	Renforcer les facteurs de protection	Réduire les facteurs de risque non-spécifiques (groupes populationnels très larges)	Réduire les facteurs de risque spécifiques (groupes populationnels réduits)	Prévenir la récurrence et la revictimisation
Meilleures pratiques	<ul style="list-style-type: none"> • Cadres législatifs, normes sociales et pratiques institutionnelles non-violentes, non-oppressives et promouvant les droits humains • Programmes visant à combler les besoins primaires et permettre une vie digne • Interventions de développement et de renforcement des compétences socio-affectives • Soutien aux compétences parentales et parentalité positive 	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes visant à réduire les inégalités sociales et économiques • Campagnes de sensibilisation et d'information • Interventions de prévention auprès de groupes populationnels étendus (ex.: milieu scolaire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions guidées par la gestion du risque • Programmes de prévention destinés à des groupes à risque identifiés par la présence de plusieurs facteurs de risques concomitants (interventions par les sports, les arts et la culture, programmes d'intervention précoce, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention en désescalade et désengagement⁸ • Programmes de diversion et de déjudiciarisation • Programmes de réinsertion • Justice réparatrice • Interventions en guérison et résilience communautaire
Acteurs principaux à Montréal	<ul style="list-style-type: none"> • Réseau de la santé et des services sociaux • Réseau de l'éducation • Ville de Montréal, arrondissements et villes défusionnées • Milieu communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Réseau de la santé et des services sociaux • Réseau de l'éducation • Ville de Montréal, arrondissements et villes défusionnées • Milieu communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires du Comité stratégique en sécurité urbaine de Montréal (CoSSUM) • Réseau de la santé et des services sociaux • Arrondissements • Milieux communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires du Comité stratégique en sécurité urbaine de Montréal (CoSSUM) • Direction des poursuites criminelles et pénales • Services correctionnels • Réseau de la santé et des services sociaux • Milieu communautaire

⁸ La désescalade fait référence à des interventions visant à réduire l'intensité de la violence générée par les conflits et diminuer le risque d'actes violents imminents. Le désengagement comprend les interventions visant la sortie des protagonistes violents des milieux et des réseaux au sein desquels cette violence s'exerce : par exemple, désengagement d'un gang ou d'un groupe violent (Tonks et Stephenson, 2018).

Niveaux de prévention	Promotion de la sécurité	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
<p>Exemples de pratiques à Montréal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programme Triple P et autres programmes en soutien à la parentalité • Actions et interventions du référent ÉKIP 	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne “Le harcèlement de rue, c’est non” • Campagne “Et si j’avais tort” (CPRMV) • Programmes d’accès au logement et de sécurité alimentaire • Programmes de soutien aux familles vulnérables • Programmes de persévérance scolaire et d’employabilité • Interventions de prévention en milieu scolaire (par exemple, programme SEXTO, Gang de choix, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tables situationnelles-hubs sociaux • Programmes de prévention à destination de populations présentant des facteurs de risques • Programmes de prévention implantés dans des quartiers et des milieux exposés à la violence • Programmes de type Wraparound (ex.: Mon quartier, ma gang, mon choix – Wrap Lasalle) 	<ul style="list-style-type: none"> • Projet PIVOT • Programmes de justice réparatrice (ex. Équijustice) • CAVACs et services de soutiens aux victimes et leurs familles • Ligne Renfort • Programme Accompagnement Justice Itinérance à la Cour Municipale de Montréal

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec

