

Prendre en compte l'équité, la diversité et l'inclusion dans les programmes et les politiques de prévention des blessures

Pour citer le présent document : Parachute. Prendre en compte l'équité, la diversité et l'inclusion dans les programmes et les politiques de prévention des blessures. [Rapport produit à l'intention de la Communauté engagée pour la prévention des chutes Loop]. Toronto (ON): Parachute; jan 2023.

<https://www.fallsloop.com/fr/abrege-du-savoir/1033/edi>

Liens rapides

1. [Points saillants](#)
2. [Contexte](#)
3. [Objet](#)
4. [Méthodes](#)
5. [Utilité d'une approche fondée sur l'équité, la diversité et l'inclusion dans le domaine de la prévention des blessures](#)
6. [Prendre en compte l'équité, la diversité et l'inclusion dans les initiatives de prévention des blessures](#)
7. [Outils et ressources pour la création d'initiatives de prévention des blessures reposant sur les principes d'équité, de diversité et d'inclusion](#)
8. [Insuffisance/implication des connaissances en matière de recherche et de collecte des données](#)
9. [Implications pour les intervenants et les responsables de l'élaboration des politiques](#)
10. [Principales ressources de Loop sur l'équité, la diversité et l'inclusion](#)
11. [Annexe](#)
12. [Références bibliographiques](#)

Rédaction du rapport de synthèse des données de Loop : Brian Hyndman, Ph. D.
L'équipe de la Communauté engagée pour la prévention des chutes tient à remercier Brian Hyndman, Alison Stirling et le personnel du programme de Parachute pour leur contribution à l'élaboration du présent document.

Points saillants

- Il importe de tenir compte de l'équité, de la diversité et de l'inclusion dans les programmes et les politiques de prévention des blessures, car le risque de blessures touche de façon disproportionnée les populations vivant dans des conditions propices aux blessures, par exemple un statut socio-économique faible, du racisme à leur égard et des dangers au travail et dans le quartier.
- Les approches habituellement employées pour remédier aux iniquités liées aux blessures sont la sensibilisation, les mesures législatives, la réglementation, les modifications au cadre bâti et les programmes ciblés, et leur degré d'efficacité n'est pas égal.
- De nombreux organismes de prévention des blessures portent depuis quelques années un plus grand intérêt aux notions d'équité, de diversité et d'inclusion et s'engagent ainsi plus activement avec des partenaires du milieu. Pour porter des fruits, l'engagement communautaire nécessite le partage du pouvoir décisionnel, la participation énergique des membres de la collectivité à toutes les étapes de la collecte des données et l'application des principes d'équité, de diversité et d'inclusion sur le plan organisationnel par l'embauche de personnel ou de personnes représentant les populations concernées.
- Il existe un grand éventail d'outils et de cadres théoriques pour guider la mise sur pied d'interventions fondées sur l'équité, la diversité et l'inclusion. Cela dit, les exemples en documentant l'application dans le domaine de la prévention des blessures demeurent rares. La situation semble toutefois changer, car les organismes engagés dans la prévention des blessures commencent à créer leurs propres modèles et cadres théoriques en matière d'équité, de diversité et d'inclusion.
- Il faut pousser les recherches appliquées utiles qui pourront guider l'élaboration d'interventions fondées sur l'équité, la diversité et l'inclusion pour prévenir tous les types de blessures. Il importe ce faisant de veiller à collecter des données complètes, précises, fiables et inclusives sur les populations les plus vulnérables aux blessures.
- En plus d'adhérer aux principes d'engagement communautaire les plus solides, les intervenants doivent consciemment éviter d'accroître involontairement les iniquités. Il importe ainsi de mettre en œuvre la bonne combinaison d'interventions universelles et d'interventions adaptées, ciblant les populations à considérer en priorité.
- Une démarche efficace pour réduire les iniquités liées aux blessures suppose en outre de dépasser les paramètres de la prévention des blessures et d'instaurer des programmes et des politiques qui prennent en considération les déterminants sociaux de la santé entrant en ligne de compte dans les blessures.

Contexte

Le risque de blessure ne s'applique pas à tout le monde de la même façon. Comme pour d'autres problèmes de santé (p. ex., maladie cardiaque), les blessures évitables touchent de façon disproportionnée certaines populations en raison d'iniquités structurelles, y compris le statut socio-économique faible, le faible niveau de scolarité et un risque plus élevé de vivre dans un logement ou un quartier présentant des facteurs de risque environnemental contribuant aux blessures ^{1,2}.

En ce qui concerne le taux de blessures, les disparités liées aux facteurs socio-économiques mettent en relief l'importance de tenir compte de l'équité, de la diversité et de l'inclusion dans les processus de planification et de mise en œuvre des programmes et des politiques de prévention des blessures. Dans le *Guide de terminologie liée à l'équité, à la diversité et à l'inclusion*³ conçu par le gouvernement du Canada, les concepts se définissent respectivement comme suit :

- **Équité** : Principe qui consiste à tenir compte des expériences uniques et des différentes situations des personnes, et à leur assurer l'accès aux ressources et aux occasions nécessaires à l'obtention de résultats justes. L'équité vise l'élimination des disparités et des disproportions qui découlent des injustices et de l'oppression tant historiques que contemporaines.
- **Diversité** : Variété des identités présentes dans une organisation, un groupe ou une société. La diversité se manifeste par des facteurs tels que la culture, l'ethnicité, la religion, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge, la langue, la scolarité, les capacités, le statut familial ou le statut socio-économique.
- **Inclusion** : Pratique permettant de mener, par des mesures proactives, à la création d'un environnement où les personnes se sentent accueillies, respectées et valorisées tout en favorisant un sentiment d'appartenance et la participation de tout le monde. Cette pratique mise sur la transformation de l'environnement via l'élimination des obstacles pour que chaque personne puisse avoir un accès égal aux occasions et aux ressources et atteindre son plein potentiel³.

Dans les dernières années, la conscientisation de la population au sujet du fardeau supplémentaire porté par les individus et les populations systématiquement défavorisées par rapport aux blessures a fait en sorte d'inciter les intervenants à se préoccuper explicitement d'équité, de diversité et d'inclusion dans les programmes et les politiques de prévention des blessures. Dans un rapport publié en 2019, Giles, Bauer et Jull recommandaient entre autres d'inclure dans le cadre de prévention des blessures par excellence, le fameux « 3 E » (éducation, ingénierie, exécution), un quatrième « E » pour équité afin d'atténuer chez les groupes

défavorisés socioéconomiquement le risque inévitable et injuste de subir des blessures graves⁵. Aux États-Unis, l'Academy of Spinal Cord Injury Professionals (ASCIP) a mis sur pied en janvier 2021 un comité responsable de l'inclusion, de la diversité, de l'équité et de l'accessibilité appelé IDEA et l'a chargé de focaliser sur l'équité, la diversité et l'inclusion en lien avec la communauté des personnes atteintes d'une lésion médullaire⁶. Lors de la Conférence canadienne de prévention des blessures tenue en 2022, un panel s'est réuni pour discuter d'équité, de diversité et d'inclusion. Les membres ont souligné l'importance d'examiner le contexte et les facteurs culturels et géographiques dans le processus de planification des initiatives de prévention des blessures et d'envisager la participation active des populations considérées comme des priorités dans la création de programmes pour répondre aux besoins⁷.

Objet

L'abrégé du savoir de Loop a pour objet d'aider les intervenants à intégrer des stratégies fondées sur l'équité, la diversité et l'inclusion dans les processus d'élaboration des programmes et des politiques de prévention des blessures. Le rapport faisant synthèse des données probantes montre l'importance d'accorder une plus grande attention à l'équité, à la diversité et à l'inclusion et comporte à cet effet un aperçu de l'étendue des iniquités de santé liées aux blessures. Il traite en outre des programmes et des politiques de prévention des blessures qui ont été évalués et qui reposent sur les principes d'équité, de diversité et d'inclusion de même que des outils de planification et d'évaluation couramment utilisés en matière d'équité, de diversité et d'inclusion pour guider le processus d'élaboration des initiatives de prévention des blessures. Il fait enfin brièvement état des lacunes dans les connaissances au sujet de la prévention des blessures fondée sur l'équité, la diversité et l'inclusion et se termine sur des recommandations aux intervenants et aux responsables de l'élaboration des politiques pour accroître le nombre d'interventions de prévention des blessures qui tiennent compte de l'équité, de la diversité et de l'inclusion.

Méthodes

Les études, les ressources et les exemples pratiques mentionnés dans le présent document proviennent de deux sources.

La première source consiste en une recherche réalisée en décembre 2022 parmi la littérature sur la prévention des blessures et des chutes fondée sur l'équité, la diversité et l'inclusion. La recherche portait au départ uniquement sur les textes publiés en anglais entre 2017 et 2022. Cela dit, les textes publiés avant 2017 ont été inclus si des citations/références bibliographiques mentionnant les sujets de recherche d'intérêt n'étaient pas disponibles entre 2017 et 2022. Les recherches se sont effectuées dans les bases de données, telles que Google Scholar, PubMed et la Cochrane Database of Systematic Reviews (base de données des revues systématiques). La

stratégie de recherche comportait une combinaison de mots-clés et de mots de vocabulaire contrôlé de langue anglaise se rapportant au sujet (p. ex., « equity and fall prevention »).

La deuxième source concerne une demande transmise en décembre 2022 aux membres du Groupe de travail sur l'équité en santé par l'entremise du serveur de listes de diffusion. La demande visait à obtenir des exemples de programmes et de ressources portant sur la prévention des blessures et fondés sur l'équité, la diversité et l'inclusion. Commandité par l'Ontario Public Health Association, le groupe de travail se compose d'une soixantaine d'individus travaillant dans les domaines de la santé publique et de la santé communautaire. Il a pour mandat de déterminer, de recommander et de mettre en œuvre les stratégies visant à corriger, à diminuer et à atténuer les iniquités sociales vécues par un certain nombre de populations ontariennes en matière de santé⁸.

Utilité d'une approche fondée sur l'équité, la diversité et l'inclusion dans le domaine de la prévention des blessures

Le lien de cause à effet entre le risque de blessure et le statut socio-économique est très étroit. En effet, la probabilité de subir une blessure évitable diminue à mesure que croissent le revenu et la richesse dans le quartier. Les études montrent la même forte relation pour de nombreuses causes et catégories de blessure, y compris les chutes, le suicide, les collisions automobiles et la violence⁹⁻¹². Seule exception notable : les blessures liées aux activités sportives et aux loisirs tendent à augmenter en fonction du revenu. Cela peut s'expliquer par le fait que les personnes et les populations au statut socio-économique plus élevé ont davantage la possibilité de participer à des activités sportives ou de loisirs organisées^{13, 14}.

Le statut socio-économique faible et l'accès inéquitable aux déterminants sociaux de la santé (p. ex., éducation et alphabétisation, conditions de travail sûres, des milieux sécuritaires) influent de diverses façons sur le risque de blessure. Par exemple, un revenu familial peu élevé et un indice de défavorisation élevé constituent des facteurs potentiels d'un risque de traumatismes chez les enfants¹⁵. Cela peut laisser supposer qu'il est plus difficile pour les parents ayant un revenu faible d'adopter des stratégies de prévention des blessures, car ils n'ont pas les moyens, par exemple, de se procurer des dispositifs de protection. Les parents à faible revenu doivent souvent travailler de longues heures, ce qui ne leur laisse pas beaucoup de temps pour se renseigner sur la prévention des blessures. Qui plus est, les parents ayant un niveau de scolarité peu élevé ne possèdent peut-être pas les connaissances voulues à transmettre à leurs enfants pour prévenir les blessures¹².

Dans certains cas, la blessure peut s'avérer à la fois la cause et la conséquence d'une défavorisation matérielle et sociale. La relation entre le traumatisme crânien et l'itinérance

peut ressembler au lien entre la poule et l'œuf. Une étude réalisée par Stubbs et ses collègues en 2019 indique que la prévalence du traumatisme crânien sur la durée de la vie est entre 2,5 et 4 fois plus élevée chez les individus en situation d'itinérance ou de logement marginal¹⁶. Bien que l'itinérance constitue un facteur de risque de traumatisme crânien, le traumatisme crânien peut aussi avoir pour effet de perpétuer la situation d'itinérance parce que les individus atteints éprouvent de grandes difficultés à trouver et à conserver un domicile stable¹⁷.

Certains groupes de population font face à des facteurs de stress systémiques qui les rendent encore plus vulnérables aux blessures évitables. Pour les nouveaux arrivants, notamment les difficultés affrontées les premières années vécues au Canada, entre autres la barrière de langue, le racisme, la discrimination et le manque d'accès aux services adéquats, peuvent exacerber leur risque de blessure¹. Les travailleurs nouvellement arrivés au pays sont plus susceptibles d'occuper un emploi difficile physiquement qui les expose à des risques professionnels¹⁸. Ils sont moins susceptibles de recevoir la formation et l'information officielles sur les mesures de santé et de sécurité au travail¹⁸. Ils ont en outre l'impression de ne pas avoir le pouvoir d'exprimer leurs préoccupations et de poser des questions au sujet de la santé et de la sécurité au travail, ni même de refuser d'exécuter des tâches dangereuses¹⁹. Il n'est donc pas surprenant de constater un plus grand nombre de blessures liées au travail chez ces travailleurs. Smith et Mustard ont analysé les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2003 et 2005 et ont constaté que, durant les cinq premières années après leur entrée au Canada, les nouveaux arrivants de sexe masculin signalent deux fois plus de blessures liées au travail exigeant des soins médicaux que les travailleurs de sexe masculin nés au pays¹⁸.

L'interrelation complexe du racisme, de la défavorisation matérielle et sociale, des lacunes du cadre bâti (p. ex., logement dangereux) et de l'héritage du colonialisme contribue fortement au nombre de cas de blessures plus élevé chez les Autochtones (c.-à-d., Premières Nations, Métis et Inuits) du Canada que chez le reste de la population canadienne^{20, 21}. L'ampleur de la situation au pays semble même sous-estimée en raison du manque de données au sujet des sous-groupes de population (p. ex., chutes chez les Inuits²⁰).

Prendre en compte l'équité, la diversité et l'inclusion dans les initiatives de prévention des blessures

Les iniquités liées aux blessures évitables ont fait l'objet d'interventions reposant sur une combinaison de mesures, entre autres la sensibilisation (s'adressant à la fois à la population entière et à des groupes de population précis), la promulgation de lois, la réglementation, les modifications au cadre bâti et les subventions ciblées aux ménages à faible revenu. Les prestations pour les barrières de sécurité pour bébés²², les verrous de fenêtre à l'épreuve des

enfants^{23, 24} et les sièges d'auto ou les sièges d'appoint pour enfants sont des exemples de telles subventions²⁵.

Zambon et Loring ont effectué une analyse exhaustive de l'incidence de ce genre d'intervention sur les iniquités liées aux cas de blessures dans le cadre de l'élaboration d'un document d'orientation commandé par le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe (OMS/Europe²). En s'appuyant sur les dix stratégies élaborées par William Haddon pour prévenir les blessures²⁶, les auteurs ont relié chaque intervention à la stratégie afférente puis en ont évalué l'incidence sur l'atténuation des iniquités liées aux blessures. Un tableau de synthèse des résultats a été adapté à l'objet du présent document et se trouve à l'annexe A.

Les interventions ayant la plus forte incidence sur la diminution des cas de blessures dans les groupes de population au statut socio-économique faible sont les suivantes :

- les programmes de sensibilisation et de subvention ayant un lien avec l'utilisation des barrières de sécurité pour prévenir les chutes chez les enfants (éloigner le danger²²);
- les programmes de sensibilisation à la prévention des blessures thermiques, y compris les brûlures et les échaudures (modifier le danger²³);
- les mesures législatives concernant les casques de vélo (équiper la personne²⁷);
- la prévention de la noyade chez les enfants (superviser la personne²³).

Il appert que certaines interventions produisent des effets tout aussi positifs pour réduire les blessures dans tous les groupes de population, quel que soit le statut socio-économique. Ces interventions sont les suivantes :

- les changements apportés au cadre bâti, par exemple l'installation de barrières et de clôtures (isoler du danger²);
- les mesures pour ralentir la circulation, par exemple l'installation de ralentisseurs communément appelés dos d'âne (modifier le danger²⁸);
- la distribution de détecteurs de fumée (équiper la personne^{22, 29}).

Un grand nombre de stratégies de prévention des blessures ont donné des résultats généralement positifs et ont permis d'atténuer les iniquités. La création d'initiatives ayant explicitement pour objectif de mettre fin aux iniquités liées aux blessures constitue toutefois une démarche relativement récente. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et la Safe States Alliance des États-Unis ont réalisé en 2021 une analyse du contexte pour connaître la façon dont les organismes voués à la prévention des blessures et/ou de la violence s'y prennent pour intégrer un objectif d'équité dans leurs activités³⁰. La collecte des données s'est effectuée à l'aide de sondages et d'une série de groupes de discussion auxquels ont participé

des intervenants en prévention des blessures à l'emploi du ministère de la Santé d'un État, d'un service de santé local et de programmes en établissement hospitalier.

Les résultats de l'analyse montrent que 81 % des organismes sondés se préoccupent de l'équité en santé. Le tableau 1 ci-dessous énumère des exemples de stratégies d'équité et de défis s'y rattachant cités par les répondants.

Tableau 1. Stratégies de prévention des blessures et de la violence fondées sur l'équité, exemples et défis³⁰

| Exemples | Défis |
|--|---|
| Partager le pouvoir décisionnel et d'appartenance avec des partenaires locaux, y compris encourager l'autonomisation des leaders et des membres de la collectivité et déterminer et influencer les facteurs contributifs aux blessures et à la violence. | Ce sont des partenariats d'un genre relativement nouveau. Il peut être difficile de parvenir à la même compréhension des choses. Faible participation locale aux programmes de prévention des blessures et de la violence en raison du peu d'accès aux populations visées. |
| Réussir à mettre en place des programmes complexes est possible si les partenaires sont en mesure de trouver un terrain d'entente et d'élaborer des stratégies d'intervention « gagnant-gagnant ». | Aucune coordination entre les sources de financement pour soutenir la collaboration avec les partenaires locaux. |
| Aller au-delà de la traduction de matériel informatif et tenir compte des sensibilités culturelles et du niveau de littératie en matière de santé. | Bases de données sur la prévention des blessures et de la violence ayant peu de champs ou de variables pour les données démographiques, ce qui nuit à la capacité d'en dégager des iniquités. |
| Établir des partenariats à l'échelle locale afin de faciliter la collecte de données primaires et la réalisation d'évaluations de la collectivité. | Certains programmes de prévention des blessures ou de la violence ne prévoient aucun accès à un épidémiologiste spécialisé en blessures ou à du personnel doté des compétences voulues pour analyser et interpréter les données liées à l'équité. |
| Analyser les bases de données existantes afin d'en dégager les sous-groupes de population qui font disproportionnellement l'objet de blessures. | Obstacles internes au respect de la diversité à l'embauche de personnel possédant les qualifications |
| Faire participer les partenaires locaux à l'interprétation des données afin d'en assurer l'adéquation avec les besoins de la collectivité. | |
| Appliquer les principes d'équité, de diversité et d'inclusion à l'échelle organisationnelle en changeant les pratiques d'embauche. | |

| Exemples | Défis |
|---|---|
| Prendre un engagement à l'échelle organisationnelle pour assurer une plus grande équité et harmoniser les approches d'équité aux plans de travail et aux priorités en matière de financement sur le territoire. | pour travailler, les compétences culturelles ou l'expérience vécue. |

L'une des grandes constatations faites à l'issue de l'analyse du contexte est que, malgré le fait que 81 % des organismes tiennent compte de l'équité dans leurs activités de prévention des blessures et de la violence, la démarche demeure nouvelle pour un grand nombre d'entre eux. La nature évolutive des activités de prévention des blessures et de la violence qui prennent en compte l'équité présente une occasion d'innover et de faire connaître les meilleures pratiques émergentes aux bailleurs de fonds et aux gens du milieu en général³⁰.

Comme le montre l'analyse du contexte, un engagement communautaire important, par exemple en partageant le pouvoir décisionnel et d'appartenance avec les partenaires locaux, constitue une composante essentielle des efforts de prévention des blessures axées sur l'équité, la diversité et l'inclusion. Il importe en outre au plus haut point que cet engagement se fasse en respectant les croyances, les normes et les valeurs culturelles des populations considérées comme des priorités. Deux initiatives de prévention des chutes mises sur pied ces dernières années avec la participation des communautés inuites et autochtones constituent des exemples parfaits à ce titre (voir les descriptions ci-dessous).

Initiatives de prévention des chutes

Recherche participative avec les Aînés inuvialuits

Frigault et Giles ont réalisé un projet de recherche participative afin de formuler des recommandations concernant la prévention des chutes chez les Aînés inuvialuits d'Inuvik (T. N.-O. ³¹). Le projet est né d'une préoccupation exprimée au sujet de l'absence de programmes adaptés à la réalité culturelle des Aînés inuits. La sécurisation culturelle réfère à la connaissance de l'incidence de la colonisation, des relations coloniales et de la dynamique du pouvoir sur les services de santé³². Une méthode d'élaboration d'initiatives de prévention des chutes qui tiennent compte de la réalité culturelle vise à corriger le déséquilibre du pouvoir entre les chercheurs et les intervenants, d'une part, et les participants, d'autre part. Elle a aussi pour objectif de veiller à ce que les professionnels de la santé respectent et reconnaissent le contexte historique et présent des participants³¹.

Une série d'entrevues semi-structurées menées localement avec des Aînés et des responsables des programmes de prévention des chutes a fait ressortir trois éléments à considérer pour un programme de prévention des chutes destiné aux Aînés inuvialuits : l'évaluation et l'adaptation du milieu de vie afin de corriger s'il y a lieu les conditions de vie des Aînés (p. ex., logements surpeuplés présentant des risques de trébuchement comme les carpettes, l'absence d'appareils fonctionnels, de très basses températures à l'intérieur du logement et des surfaces glacées), l'activité physique (en mettant l'accent sur les activités physiques les plus susceptibles de réduire le risque de chute de manière globale) et la sensibilisation des Aînés et des aidants à la prévention des chutes. Les participants à la recherche ont signalé que la sensibilisation des Aînés à la prévention des chutes devrait servir à mieux faire prendre conscience de l'importance de la prévention des chutes, en soulignant qu'il est possible de prévenir les chutes et en faisant la promotion des stratégies efficaces pour prévenir les chutes, comme les listes de vérification de la sécurité à domicile³¹.

Les participants ont déclaré qu'il fallait adapter les interventions à la réalité des Aînés en s'appuyant sur trois stratégies. Il est indispensable en premier lieu d'établir un contact avec la communauté puis de gagner sa confiance pour mieux comprendre les risques de chute chez les Aînés inuvialuits. Pour y arriver de manière plus certaine, il faut passer par le renforcement de la capacité communautaire et la promotion d'un dialogue ouvert. Il importe ensuite d'inclure des mesures spécifiques aux Autochtones (p. ex., formes d'exercice traditionnelles comme le trappage et la pêche) et des mesures différentes aussi dans les programmes de prévention des chutes. Cela aidera à en assurer la sécurisation culturelle. Enfin, une formation sur les pratiques de sécurisation culturelle aidera à réduire la possibilité pour les spécialistes en prévention des chutes d'imposer leurs valeurs et leurs croyances aux Aînés³¹.

Programme Ironbark en Nouvelle-Galles-du-Sud

Les principes de base de l'engagement communautaire ont été intégrés au programme Ironbark, un programme de prévention des chutes à l'intention des communautés autochtones de la Nouvelle-Galles-du-Sud (Australie³³). Par exemple, le programme relève localement des Autochtones (c.-à-d., il est exécuté par l'entremise des services de santé des Autochtones et administré par du personnel autochtone), comporte des ressources et des activités adaptées à la réalité culturelle (p. ex., recours aux cercles de discussion appelés « Yarning Circles » pour échanger sur les aspects du programme) et est adapté en fonction des commentaires de participants au sujet des besoins de la communauté. Le programme peut servir d'intervention comme telle ou être intégré à des initiatives liées au vieillissement en santé et destinées aux communautés autochtones³³.

Le programme Ironbark comportait deux volets : un volet d'exercices et un volet de sensibilisation. La composante des exercices était fondée sur les 14 exercices de base axés sur le raffermissement musculaire de la jambe et la rééducation de l'équilibre du programme d'exercices à domicile Otago. La composante de la sensibilisation était basée sur des groupes de discussion où les participants étaient encouragés à modifier leur style de vie afin de réduire leur risque de faire une chute. L'animation s'effectuait tels les cercles de discussion traditionnels autochtones. L'équipe du programme a élaboré un manuel sur les cercles de discussion en y intégrant de l'information sur les facteurs de risque de chute afin d'aider les animateurs du programme. Elle a également créé des feuillets d'information pour accompagner le manuel³³.

Lors de l'essai pilote du programme Ironbark, l'équipe a constaté une nette amélioration de la force des jambes, de l'équilibre et de la démarche chez 77 Autochtones de six communautés. Elle a en plus observé une diminution substantielle de l'indice de masse corporelle. Les personnes inscrites ont pris plaisir à participer au programme et se sont dites prêtes à le recommander à d'autres³³.

Outils et ressources pour la création d'initiatives de prévention des blessures reposant sur les principes d'équité, de diversité et d'inclusion

Les modèles servant à guider la prise en compte des principes d'équité, de diversité et d'inclusion dans l'élaboration des programmes et des politiques de santé publique sont très nombreux. Cependant, peu d'analyses ont été publiées sur les outils et les ressources utilisés pour la planification des initiatives de prévention des blessures. Par suite de l'annonce faite par le CDC au début 2021 concernant sa grande stratégie d'équité en santé, Lennon, Carmichael et Qualters ont effectué une revue des cadres d'orientation en matière d'équité en santé afin de déterminer avec plus d'exactitude ceux qui avaient été appliqués à l'un ou à l'autre des aspects de la prévention des blessures³⁴.

Les chercheurs ont répertorié 60 cadres ayant un rapport avec l'équité en santé. Toutefois, parmi les cadres, seulement trois avaient servi à traiter d'un sujet lié aux blessures, soit : 1) le cadre de la méthode Cochrane PROGRESS (lieu de résidence, race ou ethnicité, profession, genre, religion, éducation, statut socio-économique, capital social ou ressources³⁵), 2) le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé³⁶ de l'OMS et 3) un cadre socioécologique modifié et axé sur l'interrelation des déterminants sociaux de la santé sur cinq plans différents, c'est-à-dire individuel, interpersonnel, organisationnel, communautaire et des politiques publiques³⁷. Les chercheurs ont conclu qu'il fallait poursuivre les travaux pour déterminer les cadres de planification les plus adéquats pour aborder l'équité en santé dans les domaines spécifiques aux blessures³⁴.

Les études montrent qu'un plus grand nombre de cadres de planification axée sur l'équité et spécifique aux blessures voient le jour parce qu'un plus grand nombre d'organismes dont le mandat comporte un élément de prévention des blessures s'engagent à tenir compte de l'équité, de la diversité et de l'intégrité dans leur champ d'exercice. Créé au Canada ces dernières années, le modèle Transforming Injury Prevention for Youth (TriPY) (adapter la prévention des blessures aux jeunes) a pour objet de s'attaquer et de corriger les iniquités liées aux blessures chez les jeunes en utilisant l'approche intersectionnelle dans le processus d'élaboration des programmes de prévention des blessures³⁸. L'intersectionnalité est un outil analytique de l'interrelation des diverses variables de stratification (p. ex., genre, classe, race, éducation) produisant sur la santé des effets différents selon les individus et les groupes³⁹. Dans le modèle multidimensionnel TriPY, les « blessures chez les jeunes » se situent au centre, et les nombreux facteurs qui s'entrecroisent et qui opèrent sur différents plans de la société y sont superposés. Parmi les facteurs sont les suivants : les facteurs qui s'entrecroisent sur le plan de l'identité sociale et biologique (p. ex., genre et orientation sexuelle), les systèmes et les conséquences qui s'entrecroisent sur le plan de l'oppression (p. ex., racisme) et les forces qui

s'entrecroisent sur le plan social, politique et économique (p. ex., système juridique). Il importe de cerner et d'explorer l'intersectionnalité des facteurs influant sur l'expérience vécue expressément par les jeunes pour mettre sur pied des programmes de prévention des blessures culturellement mieux adaptés, transformateurs quant à la conception des genres, inclusifs, accessibles et invitants pour divers groupes de jeunes³⁸.

En 2021 aux États-Unis, le Children's Safety Network a lancé un planificateur de l'équité en santé afin d'orienter l'élaboration des stratégies sur la sécurité des enfants à l'échelle des collectivités⁴⁰. L'outil vise à faciliter un processus de planification en concertation avec les principales parties prenantes afin d'intégrer l'équité en santé dans les programmes de sécurité des enfants en cinq étapes : définir le déterminant ou les déterminants influant sur le problème, planifier l'étendue des travaux nécessaires, déterminer le partage des responsabilités au sein de l'organisation, faire participer des intervenants locaux compétents dans le domaine de la sécurité des enfants et améliorer de manière continue les systèmes afin de combler toute lacune et d'assurer l'amélioration continue de la qualité⁴⁰.

Insuffisance/implication des connaissances en matière de recherche et de collecte des données

L'étude de la portée des écrits réalisée par Moore et ses collègues sur les disparités liées aux blessures comporte la synthèse globale des lacunes actuelles dans les connaissances sur les initiatives de prévention des blessures qui tiennent compte de l'équité, de la diversité et de l'inclusion⁴¹. Les chercheurs ont conclu qu'il fallait approfondir les recherches sur le processus d'élaboration des interventions de prévention afin de réduire les iniquités de santé associées aux blessures de tous les types. Ils ont souligné l'importance de porter une attention particulière au processus d'élaboration de campagnes de lutte contre les iniquités liées aux blessures, aux iniquités liées aux blessures dans les secteurs des soins post actifs et de la réadaptation et au processus d'élaboration de politiques visant à réduire les iniquités liées aux blessures⁴¹.

L'intégration des notions d'équité, de diversité et d'inclusion dans les processus d'élaboration d'intervention de prévention des blessures pose des difficultés qui sont exacerbées par le manque de données complètes, précises, fiables et inclusives sur les populations ayant la priorité et qui sont les plus vulnérables aux blessures. Il existe peu de sources des données comportant des indicateurs sur différentes populations et peu de données complètes sur les blessures et ce qui s'ensuit. La désagrégation des séries de données selon des variables clés (p. ex., race et ethnicité, statut socio-économique) se révèle cruciale pour mieux comprendre les besoins uniques et la situation des personnes les plus concernées par un nombre plus élevé de cas de blessures⁴¹.

De plus, les systèmes de surveillance des données sur les blessures doivent capter l'éventail des déterminants sociaux de la santé associés au taux de blessures. L'accès à de tels renseignements permet de garantir la capacité des intervenants à se concentrer sur les populations à viser en priorité et présentant le plus grand risque de blessures causées par des facteurs comme l'âge, le genre, la situation d'emploi, le revenu, le niveau de scolarité, le soutien social et le cadre bâti¹.

Il serait enfin important d'appliquer plus souvent les principes d'engagement communautaire et de recherche participative fondés sur la participation et l'autonomisation pour accroître les connaissances au sujet des meilleures pratiques de collaboration avec les groupes vulnérables afin de cerner et d'aborder les facteurs de risque contribuant aux iniquités liées aux blessures. Les stratégies participatives à l'échelle locale se sont montrées des plus efficaces à faire participer les populations à la démarche pour s'attaquer aux priorités de santé communes^{42, 43}. Cela dit, il faut poursuivre le travail pour en venir à mettre en œuvre ces stratégies dans le domaine de la prévention des blessures⁴¹.

Implications pour les intervenants et les responsables de l'élaboration des politiques

Dans l'analyse du contexte mandatée par le CDC au sujet de la méthode employée par les organismes voués à la prévention des blessures pour appliquer les principes d'équité, de diversité et d'inclusion dans leurs activités, l'une des clés de la réussite mentionnée à maintes reprises se rattache à la participation des membres de la communauté à l'élaboration des stratégies de prévention des blessures³⁰. Pour assurer un engagement communautaire dans les activités de prévention des blessures axées sur l'équité, la diversité et l'inclusion, il faut trois ingrédients de base :

- partager le pouvoir décisionnel et d'appartenance avec les membres de la communauté;
- faire participer les membres de la communauté avant de collecter des données puis les faire participer activement à la collecte et à l'interprétation des données;
- intégrer progressivement les notions d'équité, de diversité et d'inclusion dans l'infrastructure organisationnelle en veillant à ce que des membres du personnel représentant les populations considérées comme des priorités ou des membres de ces populations participent au processus du début à la fin³⁰.

Le partage de la prise de décision revient généralement à transmettre les connaissances spécialisées et les pratiques fondées sur les données probantes aux membres de la communauté, qui apportent ensuite des modifications afin d'adapter les interventions à leur culture et leurs besoins³⁰. C'est d'ailleurs l'approche adoptée par l'équipe du programme

Ironbark en Australie (voir la page 11). Des personnes représentant les communautés autochtones ont travaillé avec les intervenants en prévention des chutes chez les Autochtones pour s'assurer que les activités prévues cadraient avec les croyances et les préférences culturelles des participants³³.

Les stratégies de prévention des chutes ont généralement pour objet la prévention primaire à l'échelle de la population et reposent sur l'approche appelée en anglais les « 3 E » pour éducation, génie et exécution^{1, 4}. Bien que de telles interventions revêtent une importance, elles présentent toutefois le risque de servir par inadvertance à multiplier les iniquités liées aux blessures si personne n'a tenu compte des facteurs sociaux, économiques et culturels qui caractérisent le quotidien des gens^{1, 2}. Par exemple, les bienfaits de mesures législatives stipulant l'obligation d'installer des détecteurs d'oxyde de carbone ne s'étendraient pas aux ménages n'ayant pas les moyens de se les payer, et les bienfaits de programmes d'exercices destinés aux aînés de la collectivité pour prévenir les chutes ne s'étendraient pas aux personnes n'ayant aucun accès à un moyen de transport ou dont les préférences culturelles en matière d'activité physique ne sont pas prises en compte.

Pour éviter d'accroître par mégarde les iniquités lors de la mise en place d'initiatives de prévention des blessures, il faut s'appuyer sur une combinaison d'approches universelles, c'est-à-dire destinées à l'ensemble de la population (p. ex., mesures législatives, réglementation et initiatives ciblant un groupe de population), d'une part, et d'interventions ciblées (p. ex., subventionner l'achat de détecteurs d'oxyde de carbone) adaptées aux populations considérées comme une priorité en raison de leur plus grande vulnérabilité aux blessures, d'autre part². L'approche s'appelle l'universalisme proportionné. Elle permet de s'attaquer aux iniquités en recourant à un juste dosage de démarches universelles et ciblées afin de répondre aux besoins des populations sur l'ensemble du gradient de santé⁴⁴.

Enfin, il importe pour les intervenants et les responsables de l'élaboration des politiques de savoir que les mesures importantes prises pour réduire les iniquités liées aux blessures doivent agir sur les causes profondes des iniquités. Il leur faut ainsi s'appuyer sur des politiques et des interventions influant directement sur les déterminants de la santé et les blessures, y compris le faible revenu, le logement inadéquat, l'emploi précaire, le racisme et les conditions de travail dangereuses. Il appert que ce genre de mesure fait en sorte de diminuer le nombre de cas de blessures en plus d'atténuer les iniquités. Les études montrent, par exemple, que le programme Logement d'abord qui vise à fournir aux personnes en situation d'itinérance l'accès à un logement permanent a eu pour effet de réduire le nombre d'hospitalisations liées à une blessure chez ce groupe de population⁴⁵. Les programmes et les politiques ayant pour objectif d'assurer un accès équitable aux déterminants sociaux de la santé viendra en plus renforcer l'efficacité des stratégies de prévention des blessures, parce que les individus se montreront

plus réceptifs à des modes d'intervention comme la sensibilisation une fois leurs besoins de base satisfaits¹.

Principales ressources de Loop sur l'équité, la diversité et l'inclusion

Webinaires

Being an Influencer for Social Policy – An Injury Prevention Perspective (2021) (*Être un influenceur pour les politiques sociales – Une perspective de prévention des blessures*)

Animé par Chantal Walsh, une spécialiste en promotion de la santé au service du Child Safety Link (CSL), et Jennifer Russell, la directrice générale (au moment du webinaire) de Collaboration atlantique pour la prévention des blessures, le webinaire visait à faire réfléchir et à découvrir des façons pour que les politiques sociales agissent sur les liens entre les déterminants sociaux de la santé et les blessures attribuables à une chute sur toute la durée de vie. Pour visionner l'enregistrement du webinaire, allez au <https://www.youtube.com/watch?v=RLCGx4Uh3i8> (en anglais).

Fall Prevention and the Social Determinants of Health Across the Life Span (2019) (*Prévention des chutes et déterminants sociaux de la santé sur la durée de la vie*)

Animé par Sandra Newton, gestionnaire au service du Child Safety Link (CSL) au Centre de santé IWK à Halifax (N.-É.), le webinaire porte essentiellement sur l'influence des déterminants sociaux de la santé sur les chutes sur toute la durée de vie. Pour visionner l'enregistrement du webinaire, allez au <https://www.youtube.com/watch?v=GCyWxy7KoGM> (en anglais).

Fils de discussion dans Loop

Parution du rapport de CAPB et du CSL : Être un influenceur pour les politiques sociales – Une perspective de prévention des blessures (dernier message – 8 février 2021)

<https://www.fallsloop.com/discussions/11435> (en anglais)

Le commentaire fait état de la parution du rapport **Être un influenceur pour les politiques sociales – Une perspective de prévention des blessures**. Produit par Collaboration atlantique pour la prévention des blessures en partenariat avec le Child Safety Link (CSL), le document vise à aider les intervenants à connaître le rôle qu'ils peuvent jouer pour influencer sur les politiques sociales axées sur la prévention des blessures. Il comporte un bon nombre d'exemples sur les rôles que les intervenants engagés de près ou de loin dans la prévention des chutes peuvent jouer dans le processus d'élaboration des politiques sociales. Pour lire le rapport, allez au <https://policycommons.net/artifacts/1886468/etre-un-influenceur-pour-les-politiques-sociales-dec/2635783/>.

Creating safe virtual spaces for marginalized older adults (*Assurer la sécurité des espaces virtuels à l'intention des aînés marginalisés*) (dernier message – 21 juillet 2020)

<https://www.fallsloop.com/discussions/11344> (en anglais)

Le fil de discussion porte sur un webinaire tenu par l'Alliance pour des communautés en santé sur les stratégies utilisées par le personnel des programmes de centres membres de l'Alliance pour créer des espaces virtuels assurant la sécurité, l'accès et l'accueil des aînés marginalisés qui ont de la difficulté à avoir accès et à utiliser les technologies en ligne. Pour consulter le jeu de diapositives, allez au https://km4s.ca/wp-content/uploads/Inl-safe_online_spaces_for_m.pdf (en anglais).

Are you interested in joining our Indigenous Fall Prevention Network? (*Voulez-vous faire partie d'un réseau pour la prévention des chutes chez les Autochtones?*) (dernier message – 30 septembre 2019)
<https://www.fallsloop.com/discussions/10996?viewcomment=1655#CM1655> (en anglais)

Un groupe privé a été créé afin de discuter, d'échanger de l'information et d'avoir accès à de l'information, et de réseauter afin de favoriser les occasions de faire connaître des ressources, de se renseigner sur les possibilités de financement, de poser des questions et de parler de sujets ayant un lien avec la prévention des chutes chez les populations autochtones du Canada.

Nouveau rapport de Collaboration atlantique pour la prévention des blessures – La prévention des chutes chez les aînés et les déterminants sociaux de la santé dans la perspective des politiques sociales (dernier message – 26 juin 2019)

<https://www.fallsloop.com/discussions/11160> (en anglais)

Collaboration atlantique pour la prévention des blessures (CAPB) a publié un rapport intitulé **La prévention des chutes chez les aînés et les déterminants sociaux de la santé dans la perspective des politiques sociales**. Le rapport fait suite à de nombreux autres documents produits sur la prévention des chutes. Il traite entre autres des interventions fondées sur des données probantes en cours au Canada, notamment au Canada atlantique. Les auteurs donnent des exemples de politiques sociales et en décortiquent les détails (par province atlantique). Ils décrivent brièvement la relation entre les politiques sociales présentées et les déterminants sociaux de la santé et la prévention des chutes chez les aînés. Pour consulter le rapport, rendez-vous au https://acip.ca/component/easyfolderlistingpro/?view=download&format=raw&data=eNpFkMFqwzAQRH9F7KWNuqshabM-hQZDoYXQfoBR7LUtUCSzkтуE0n-vJNv0JO2s3jAjhVli8cdQudMSwylRxmno2umC9lw_6bPrPiWdYkweeL5pc8SQRGu-ol8-Hd5QqjrrKXpeUatulAaC4R07GZVt1BqLGalyYwqDNI1i_DwSVY79neiUsb4xavThlavbYQqbZURFZNtBnF4eT3VC5YpcWL6imW0s-KDRsehflc38VjlfTLYINA1LLex7Zb0dB01k1-iyZhZhaCalf0LlOes7iMRzTV9z61jo9653sRkv3_j7G9n.

Modifying and orienting interventions and services to reduce health disparities for marginalized and priority populations (*Modifier et orienter les interventions et les services afin de réduire les disparités de santé dans les populations marginalisées et considérées comme une priorité*) (dernier message – 27 juillet 2017)

<https://www.fallsloop.com/discussions/10623?viewcomment=1020#CM1020> (en anglais)

Les messages du fil de discussion donnent un aperçu des stratégies, des outils et d'autres ressources qui peuvent aider les intervenants à examiner un programme ou un service de manière critique afin d'en comprendre l'incidence sur les disparités de santé, puis d'en modifier le mode de conception ou d'exécution.

Home safety assessment and modification to reduce injurious falls in community-dwelling older adults: cost-utility and equity analysis (*Évaluation de la sécurité et modification du domicile afin de réduire les chutes menant à des blessures chez les adultes vivant dans la collectivité : analyse coût-utilité et de l'équité*) (dernier message – 22 août 2016)

<https://www.fallsloop.com/discussions/10374> (en anglais)

Le fil de discussion comporte un lien vers une étude traitant de la modification du domicile pour assurer la sécurité et réduire ainsi le nombre de chutes chez les aînés vivant dans la collectivité. L'étude comporte en outre une description de l'évaluation de l'équité. Pour consulter l'étude, allez au <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222247/> (en anglais).

Social Determinants of Health – Reading List (*Déterminants sociaux de la santé – liste de lectures*) (dernier message – 4 novembre 2015)

<https://www.fallsloop.com/discussions/10198> (en anglais)

Des lectures au sujet des déterminants sociaux de la santé sont recommandées au fil des messages dans le fil de discussion.

Annexe A : 10 stratégies de Haddon pour la prévention des blessures et leur incidence potentielle sur les iniquités*

(* Extrait de : Zambon F, Loring B. Injuries and Inequalities: Guidance for addressing inequities in unintentional injuries. Copenhagen (DK): Bureau de l’OMS pour l’Europe, 2014.)

| Stratégie de prévention des blessures | Types d'intervention | Objectif de l'intervention | Exemples | Incidence sur les iniquités |
|---|--|----------------------------|---|---|
| Éliminer le danger | Mesures législatives, réglementation, infrastructures | Limiter l'exposition | | Possibilité d'accroître la sécurité de tout le monde |
| Éloigner du danger | Mesures législatives, réglementation, infrastructures, distribution de dispositifs de sécurité | Limiter l'exposition | Chutes : barrières de sécurité pour l'escalier | Programmes de sensibilisation sur l'utilisation et la manipulation des barrières de sécurité plus efficaces chez les familles à risque comparativement au groupe témoin |
| | | | Chutes : verrous de fenêtre | Programmes de sensibilisation sur l'utilisation et la manipulation des verrous de fenêtre moins efficaces chez les familles défavorisées comparativement au groupe témoin |
| Isoler du danger (temps et espace) | Mesures législatives, réglementation, infrastructures | Limiter l'exposition | Clôturer les installations aquatiques publiques; installer des barrières sur le bord des falaises | Possibilité d'accroître la sécurité de tout le monde |

Annexe A : 10 stratégies de Haddon pour la prévention des blessures et leur incidence potentielle sur les iniquités (suite)

| Stratégie de prévention des blessures | Types d'intervention | Objectif de l'intervention | Exemples | Incidence sur les iniquités |
|--|---|----------------------------|--|--|
| Modifier le danger | Mesures législatives, réglementation, infrastructures | Limiter l'exposition | Échaudures : température de l'eau chaude à un degré sécuritaire | Programmes de sensibilisation pour la prévention des blessures thermiques plus efficaces pour les familles défavorisées comparativement au groupe témoin |
| | | | Blessures attribuables aux accidents de la route : mesures de modération de la circulation | Corrélation démontrée entre les mesures de modération de la circulation et la diminution des cas de blessures chez les piétons et l'atténuation des iniquités liées aux cas de blessures chez les enfants circulant à pied |
| | | | Brûlures : vêtements de nuit en tissu ininflammable | Sans succès pour prévenir les blessures, mais incidence positive considérable sur la réduction du nombre de blessures mortelles chez les individus de tous les groupes sociaux |
| Équiper la personne | Normes de sécurité, politiques de prix liées à l'équipement de sécurité, distribution d'équipement de sécurité gratuits | Limiter la vulnérabilité | Blessures attribuables aux accidents de la route : mesures législatives concernant les casques de vélo | Mesures législatives concernant les casques de vélo efficaces par rapport à l'augmentation du port du casque de vélo chez les enfants, notamment les enfants des quartiers à faible revenu |
| | | | Feu : détecteurs de fumée | Même effet pour tous les groupes socio-économiques |
| Informer et éduquer la personne | Programmes de visites à domicile, campagnes de marketing social, cours de formation, application de la loi | Limiter la vulnérabilité | Blessures attribuables aux accidents de la route : programmes de sensibilisation pour l'ensemble de la population combinés à des mesures | Incidence positive des programmes sur le nombre de cas de traumatisme crânien tant dans les milieux pauvres que dans les milieux bien nantis |

| Stratégie de prévention des blessures | Types d'intervention | Objectif de l'intervention | Exemples | Incidence sur les iniquités |
|---------------------------------------|--|----------------------------|--|--|
| | | | d'abordabilité et d'accès aux casques de vélo | |
| Avertir la personne | Programmes de visites à domicile, campagnes de marketing social, cours de formation, application de la loi | Limiter la vulnérabilité | Blessures attribuables aux accidents de la route : programmes de sensibilisation pour l'ensemble de la population combinés à des mesures d'abordabilité et d'accès aux casques de vélo | Incidence positive des programmes sur le nombre de cas de traumatisme crânien tant dans les milieux pauvres que dans les milieux bien nantis |

Annexe A : 10 stratégies de Haddon pour la prévention des blessures et leur incidence potentielle sur les iniquités (suite)

| Stratégie de prévention des blessures | Types d'intervention | Objectif de l'intervention | Exemples | Incidence sur les iniquités |
|---|---|--|---------------------------------------|--|
| Superviser la personne | Programmes de parentage, application de la loi | Limiter la vulnérabilité | Interventions pour prévenir la noyade | Incidence plus marquée chez les groupes de population défavorisés |
| | | | | Susceptible d'accroître la sécurité dans les groupes de population défavorisés |
| Sauver la personne | Améliorer les soins en traumatologie dans les régions mal desservies, améliorer l'accès aux soins et l'abordabilité des soins | Améliorer l'état de santé | | Susceptible de limiter à long terme les séquelles des blessures dans les groupes de population défavorisés |
| Soigner et réadapter la personne | Améliorer l'accès aux soins et l'abordabilité des soins, aide sociale, protection sociale | Limiter les conséquences pour la santé | | |

Références bibliographiques

1. Pike I, Richmond S, Rothman L, Macpherson A (dir.). Canadian Injury Prevention Resource. Toronto: Parachute, éditeur, 2015. Disponible: <https://parachute.ca/wp-content/uploads/2019/08/Canadian-Injury-Prevention-Resource.pdf> (en anglais) (consulté le 9 décembre 2022)
2. Zambon F, Loring B. Injuries and Inequalities: Guidance for addressing inequities in unintentional injuries. Copenhagen: OMS/Europe, 2014. Disponible: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344615/9789289050470-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (en anglais) (consulté le 10 décembre 2022)
3. Gouvernement du Canada. Guide de la terminologie liée à l'équité, la diversité et l'inclusion. Ottawa, 2022. Disponible: <https://www.noslangues-ourlanguages.gc.ca/fr/publications/equite-diversite-inclusion-equity-diversity-inclusion-fra> (consulté le 10 décembre 2022)
4. Groeger JA. How many E's in road safety? Dans BE Porter, directeur. Handbook of Traffic Psychology. Norfolk (VA): Academic Press; 2011, p. 3-12.
5. Giles A, Bauer MEE, Jull J. Equity as the fourth 'E' in the '3 E's' approach to injury prevention. *Inj Prev.* 2020;26(1):82-84. doi: 10.1136/injuryprev-2019-043407
6. Ciammaichella E, Harfenist S, Hough S, Jaramillo J, Tam K, Thomas FP, et al. What an IDEA! Inclusion, Diversity, Equity, and Access in the Spinal Cord Injury Community. *J Spinal Cord Med.* 2022;45(3):325-326. doi: 10.1080/10790268.2022.2069539
7. BC Injury Research and Prevention Unit. Ten things about the 2022 Canadian Injury Prevention Conference, 28 novembre 2022. Disponible: <https://injuryresearch.bc.ca/10-things-about-the-2022-canadian-injury-prevention-conference/> (en anglais) (consulté le 11 décembre 2022)
8. Ontario Public Health Association. Health Equity. <https://opha.on.ca/what-we-do/workgroups/health-equity/> (en anglais) (consulté le 11 décembre 2022)
9. Institut canadien d'information sur la santé. Injury Hospitalizations and Socio-Economic Status [Les hospitalisations à la suite d'une blessure et le statut socio-économique]. Ottawa: ICIS; 2010.
10. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe. Socioeconomic differences in injury risks: a review of findings and a discussion of potential countermeasures. Copenhagen: OMS/Europe; 2009.
11. Brattström O, Eriksson M, Larsson E, Oldner A. Socio-economic status and co-morbidity as risk factors for trauma. *Eur J Epidemiol.* 2015;30(2):151-157. doi: 10.1007/s10654-014-9969-1
12. Mahboob A, Richmond SA, Harkins JP, Macpherson AK. Childhood unintentional injury: The impact of family income, education level, occupation status, and other measures of socioeconomic status. A systematic review. *Paediatr Child Health.* 2019;26(1):e39-e45. Publié le 29 nov 2019. doi: 10.1093/pch/pxz145
13. Ni H, Barnes P, Hardy AM. Recreational injury and its relation to socioeconomic status among school aged children in the US. *Inj Prev.* 2002;8(1):60-65. doi: 10.1136/ip.8.1.60
14. Ogunmayowa O, Baker C. Neighborhood risk factors for sports and recreational injuries: a systematic review of studies applying multilevel modeling techniques. *Inj Epidemiol.* 2022;9(1):6. Publié le 21 fév 2022. doi: 10.1186/s40621-022-00370-0
15. Mackay M, Reid DC, Moher D, Klassen T. Examen systématique du lien entre les blessures chez les enfants et le statut socio-économique. Ottawa: Santé Canada et Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO); 1999.
16. Stubbs JL, Thornton AE, Sevick JM, Silverberg ND, Barr AM, Honer WG, et al. Traumatic brain injury in homeless and marginally housed individuals: a systematic review and meta-analysis [correction publiée dans *Lancet Public Health*; 2019 déc 18]. *Lancet Public Health.* 2020;5(1):e19-e32. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30188-4

17. Young JT, Hughes N. Traumatic brain injury and homelessness: from prevalence to prevention [correction publiée dans *Lancet Public Health*; 2019 déc18]. *Lancet Public Health*. 2020;5(1):e4-e5. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30225-7
18. Smith PM, Mustard CA. Comparing the risk of work-related injuries between immigrants to Canada and Canadian-born labour market participants. *Occup Environ Med*. 2009;66(6):361-367. doi: 10.1136/oem.2007.038646
19. Orrenius PM, Zavodny M. Do immigrants work in riskier jobs?. *Demography*. 2009;46(3):535-551. doi: 10.1353/dem.0.0064
20. Bjerregaard P, Young TK, Dewailly E, Ebbesson SO. Indigenous health in the Arctic: an overview of the circumpolar Inuit population. *Scand J Public Health*. 2004;32(5):390-395. doi: 10.1080/14034940410028398
21. Agence de la santé publique du Canada. État de santé des Canadiens 2016: Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique. Ottawa: ASPC.
22. Kendrick D, Mulvaney C, Watson M. Does targeting injury prevention towards families in disadvantaged areas reduce inequalities in safety practices?. *Health Educ Res*. 2009;24(1):32-41. doi: 10.1093/her/cym083
23. Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana FA, Cooper NJ, et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention (Review). *Evid Based Child Health*. 2013;8(3):761-939. doi: 10.1002/ebch.1911
24. Johnston BD, Quistberg DA, Shandro JR, Partridge RL, Song HR, Ebel BE. Pilot case-control study of paediatric falls from windows. *Inj Prev*. 2011;17(6):375-380. doi: 10.1136/ip.2010.030395
25. Johnston BD, Bennett E, Quan L, Gonzalez-Walker D, Crispin B, Ebel B. Factors influencing booster seat use in a multiethnic community: lessons for program implementation. *Health Promot Pract*. 2009;10(3):411-418. doi: 10.1177/1524839908317743
26. Haddon W. The basic strategies for preventing damage from hazards of all kinds. *Hazard Prev*. 1980;16:8-11.
27. Parkin PC, Khambalia A, Kmet L, Macarthur C. Influence of socioeconomic status on the effectiveness of bicycle helmet legislation for children: a prospective observational study. *Pediatrics*. 2003;112:192-196.
28. Jones SJ, Lyons A, John A, Palmer SR. Traffic calming policy can reduce inequalities in child pedestrian injuries: database study. *Inj Prev*. 2005;11:152-156.
29. DiGuseppi C, Roberts I, Wade A, Sculpher M, Edwards CG, Pan H, et al. Incidence of fires and related injuries after giving out free smoke alarms: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2002; 325:995-998.
30. Nesbit B, Robinson I, Bryan S. A national landscape: Injury and violence prevention health equity scan findings and implications for the field of practice. *J Safety Res*. 2022;80:457-462. doi: 10.1016/j.jsr.2021.12.026
31. Frigault, JS, Giles, AR Culturally safe falls prevention program for Inuvialuit Elders in Inuvik, Northwest Territories, Canada: considerations for development and implementation. *Cdn J Aging*. 2020;39:190-205. doi: 10.1017/S0714980819000308
32. Darroch F, Giles A, Sanderson P, Brooks-Cleator L, Schwartz A, Joseph D, et al. The United States Does CAIR About Cultural Safety: Examining Cultural Safety Within Indigenous Health Contexts in Canada and the United States. *J Transcult Nurs*. 2017;28(3):269-277. doi: 10.1177/1043659616634170
33. Lukaszyc C, Coombes J, Sherrington C, Tiedemann A, Keay L, Mackean T, et al. The Ironbark program: Implementation and impact of a community-based fall prevention pilot program for older Aboriginal and Torres Strait Islander people. *Health Promot J Austr*. 2018;29(2):189-198. doi: 10.1002/hpja.25

34. Lennon NH, Carmichael AE, Qualters JR. Health equity guiding frameworks and indices in injury: A review of the literature. *J Safety Res.* 2022;82:469-481. doi: 10.1016/j.jsr.2022.07.001
35. Cochrane Methods Equity. PROGRESS Plus. London: Cochrane. Disponible: <https://methods.cochrane.org/equity/projects/evidence-equity/progress-plus> (en anglais) (consulté le 16 décembre 2022)
36. Organisation mondiale de la Santé. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Genève (CH): OMS; 2010. Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (en anglais) (consulté le 16 décembre 2022)
37. Reno R, Hyder A. The evidence base for social determinants of health as risk factors for infant mortality: a systematic scoping review. *J Health Care Poor Underserved.* 2018;29(4):1188-1208. doi: 10.1353/hpu.2018.0091
38. Miles A, Tanenbaum B, Thompson-Ricci S. Transforming injury prevention for youth (TrIPY): an intersectionality model for youth injury prevention. *Inj Prev.* 2022;28(6):564-569. doi: 10.1136/ip-2022-044619
39. Organisation mondiale de la Santé. Incorporating intersectional gender analysis into research on infectious diseases of poverty - A toolkit for health researchers. Genève (CH): OMS; 2020. Disponible: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008458> (en anglais) (consulté le 16 décembre 2022)
40. Children's Safety Network. Health Equity Planner to Implement and Spread Child Safety Strategies in Communities. Waltham (MA): Children's Safety Network, 2021. Disponible: <https://www.childrendefinesafety.org/sites/default/files/Health-Equity-Planner-2021.pdf> (en anglais) (consulté le 17 décembre 2022)
41. Moore M, Conrick KM, Fuentes M, Rowhani-Rahbar A, Graves JM, Patil D, et al. Research on injury disparities: a scoping review. *Health Equity.* 2019;3(1):504-511. Publié le 17 oct 2019. doi: 10.1089/heq.2019.0044
42. Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. *Am J Public Health.* 2010;100 suppl 1(suppl 1):S40-S46. doi: 10.2105/AJPH.2009.184036
43. Strauss RP, Sengupta S, Quinn SC, Goepfing J, Spaulding C, Kegeles SM, et al. The role of community advisory boards: involving communities in the informed consent process. *Am J Public Health.* 2001;91(12):1938-1943. doi: 10.2105/ajph.91.12.1938
44. Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Lu D, Tyler I. Focus on: A proportionate approach to priority populations. Toronto (ON): Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2015. Disponible: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/F/2015/focus-on-priority-populations.pdf> (en anglais) (consulté le 29 décembre 2022)
45. Mackelprang JL, Collins SE, Clifasefi SL. Housing First is associated with reduced use of emergency medical services. *Prehosp Emerg Care.* 2014;18(4):476-482. doi: 10.3109/10903127.2014.916020