

# Chapitre 1

## Vers une perspective intégrée en prévention de la violence

---

Julie Laforest

Dominique Gagné

Louise Marie Bouchard

Institut national de santé publique du Québec

## Définition de la violence

La violence est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » [1]. Cette définition inclut tous les types et toutes les formes de violence (tableau 1), et ce, sans égard au milieu (école, travail, communauté, etc.) ou au stade de la vie. De même, elle rend explicites les conséquences de la violence sur la santé physique et mentale de la personne qui la subit.

Selon la typologie proposée par l'OMS, il est possible de diviser la violence en trois grandes catégories : la violence auto-infligée, la violence interpersonnelle – qui inclut autant la violence perpétrée par un proche que par un inconnu (nommé violence communautaire) –, et la violence collective qui peut être sociale, politique ou économique [1]. Chaque catégorie englobe plusieurs types de violence qui sont définis en référence au groupe envers qui la violence est dirigée (maltraitance envers les enfants, maltraitance envers les personnes âgées), à la relation entre l'auteur et la victime de violence (violence conjugale, violence familiale) ou au milieu dans lequel la violence est commise (violence à l'école, au travail). Chaque type de violence peut prendre plusieurs formes. Les formes de violence réfèrent à la nature des actes. Les formes les plus souvent considérées sont la violence physique, la violence sexuelle, la violence psychologique et verbale, les privations et la négligence [1]. D'autres formes de violence sont propres à des problématiques précises, par exemple la violence économique en contexte conjugal ou l'exploitation financière des personnes âgées.

**Tableau 1** Types et formes de violence

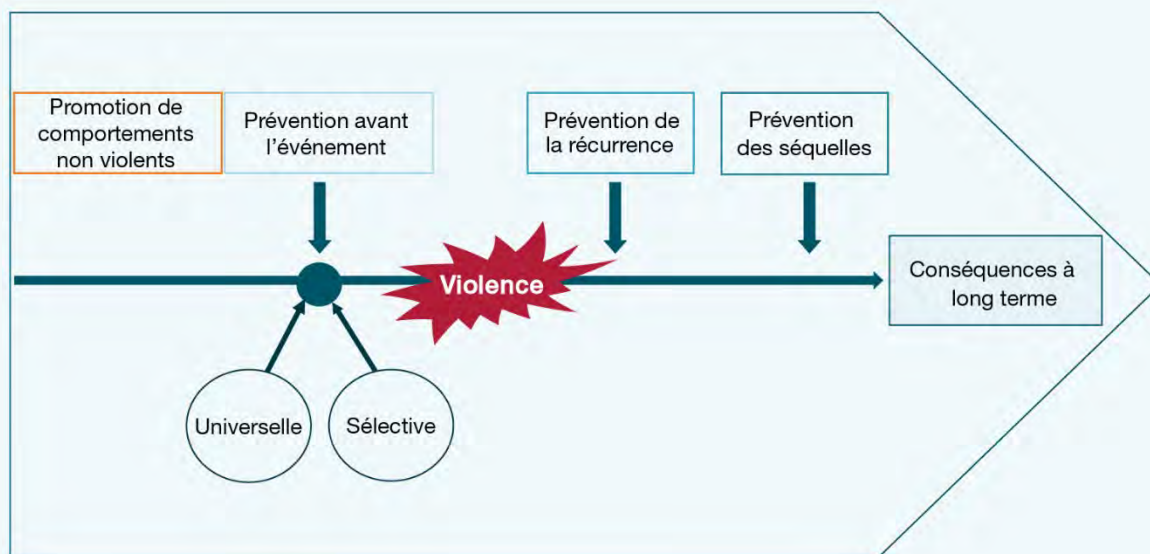
<b>Types de violence</b>	En fonction : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Du groupe envers qui la violence est dirigée (ex. : enfants, Autochtones);</li> <li>■ De la nature de la relation entre les personnes impliquées, c'est-à-dire le lien entre elles (ex. : conjugale, relations amoureuses);</li> <li>■ Du milieu dans lequel la violence survient (ex. : école, travail).</li> </ul>
<b>Formes de violence</b>	Nature des actes violents (ex. : physique, sexuel, psychologique, verbal).

## ■ Qu'est-ce que la prévention?

La prévention consiste à « agir le plus précocement possible afin de réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes et leurs conséquences, ainsi que détecter tôt les signes hâtifs de problèmes pour contrer ces derniers, lorsque cela est pertinent » [2].

La prévention implique des interventions centrées sur l'identification de facteurs à tous les niveaux du modèle écologique, avant l'apparition ou la manifestation d'un problème. Elle inclut des interventions qui réduisent les facteurs de risque ou augmentent les facteurs de protection (ex. : soutien social), ainsi que les activités qui font la promotion de comportements non violents.

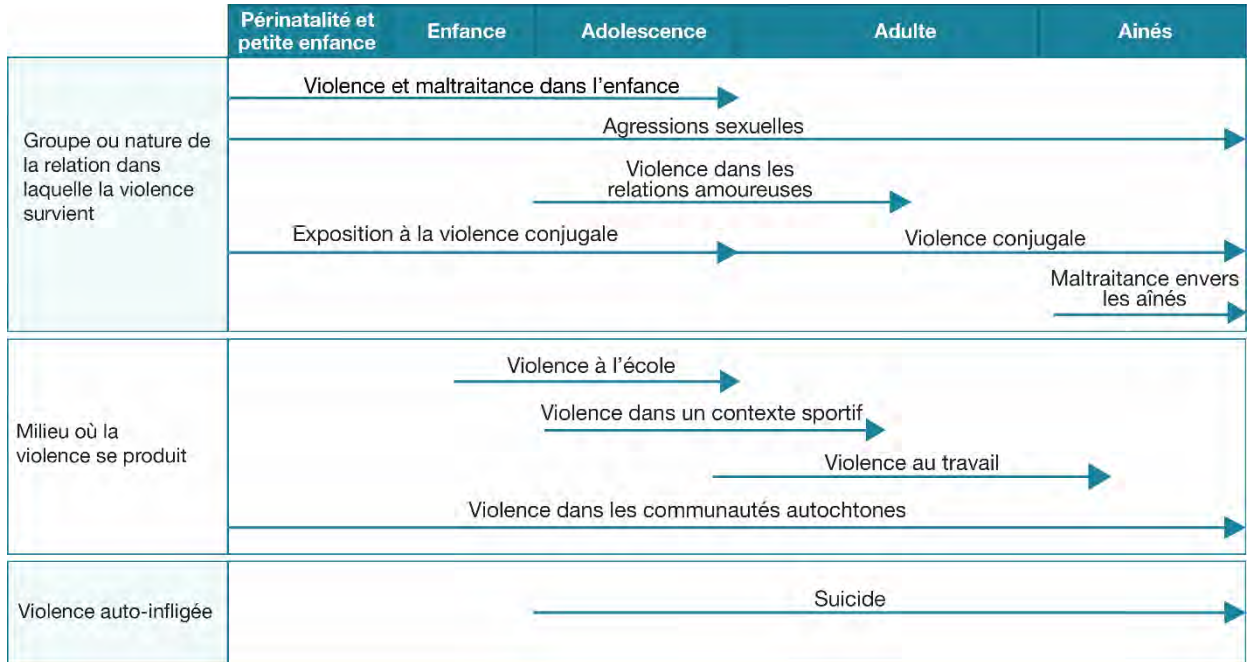
**Figure 1** Continuum des interventions de prévention de la violence et de ses conséquences



Inspiré de : MacMillan, Harriet L., Wathen, C. Nadine, Barlow, J., Fergusson, David M., Leventhal, John M. et Heather N. Taussig. (2009). « Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment ». *The Lancet*, vol. 373, no 9659, p. 250-266.

La figure 2 présente les types de violence abordés dans les 10 chapitres thématiques de ce rapport. Bien que certains chapitres du présent rapport abordent la violence auto-infligée ou la violence collective, l'accent est mis davantage sur la violence interpersonnelle. Sans être mutuellement exclusifs, les chapitres sont classés par type de violence (tableau 1), selon le groupe de personnes qui subissent la violence, la nature de la relation dans laquelle la violence survient ou le milieu dans lequel elle se produit. Un chapitre est aussi dédié au suicide, c'est-à-dire à la violence auto-infligée [1]. Lorsqu'on prend en considération les stades de la vie, la figure 2 illustre que la violence peut survenir à tout moment, même si certains types de violence sont propres à un stade précis.

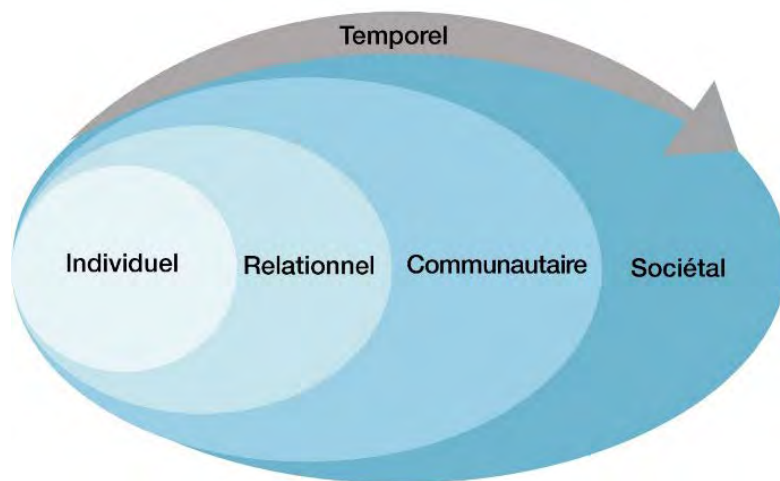
**Figure 2** Types de violence abordés dans le rapport, selon les stades de la vie



## Qu'est-ce qui explique la violence?

Le modèle écologique (figure 3), qui classe les facteurs associés à la violence selon quatre niveaux, peut nous aider à mieux comprendre les causes et les conséquences de la violence [1,3]. Le premier niveau considère l'influence des facteurs liés aux caractéristiques personnelles de l'individu sur la survenue de la violence. Le deuxième niveau de facteurs examine l'influence des relations sociales étroites ou proximales, c'est-à-dire les liens entre les membres de la famille, les partenaires amoureux, les amis ou les pairs, et les conséquences de ces facteurs sur les trajectoires individuelles et familiales. Le troisième niveau, soit le niveau communautaire, s'intéresse à l'influence des caractéristiques des contextes et des milieux (milieu scolaire, sport, voisinage, lieu de travail) dans lesquels ont lieu les relations sociales. Le dernier niveau tient compte de l'influence des caractéristiques de la société (ex. : normes culturelles et sociales, lois, inégalités) sur l'adoption de comportements violents. Enfin, dans la figure 3, le facteur temporel ou historique (notion de temps) transcende tous les niveaux du modèle. Bien que les façons de nommer les niveaux peuvent varier d'un chapitre à l'autre, tous les chapitres de ce rapport reconnaissent et illustrent l'influence et l'interaction de multiples facteurs qui se situent à différents niveaux.

**Figure 3**      **Modèle écologique : niveaux de facteurs**



Source : Inspiré du modèle écologique (Krug et collab., 2002) [1].

## La perspective des parcours de vie en prévention de la violence

Dans le domaine de la santé, la perspective des parcours de vie constitue un modèle conceptuel permettant de comprendre comment, tout au cours de la vie, l'exposition à de multiples facteurs opère sur le développement et le parcours d'une personne, d'un groupe ou d'une cohorte pour en déterminer son état de santé. Le parcours de vie est composé de multiples trajectoires (familiale, éducationnelle, professionnelle, de santé, etc.), de transitions (entrée à l'école, mariage, retraite, etc.), de tournants et d'événements qui sont interreliés et qui se déroulent dans un contexte socioculturel et historique précis [4]. La perspective des parcours de vie s'intègre bien au modèle écologique présenté précédemment puisqu'elle met de l'avant l'influence d'un contexte plus large sur les trajectoires des personnes [4], un contexte qui évolue et se modifie au fil du temps [5]. Les facteurs qui influencent le parcours de vie et la santé se situent donc à plusieurs niveaux et dépassent les simples caractéristiques de l'individu [5,6]. La perspective des parcours de vie reconnaît la dimension temporelle et sociohistorique des trajectoires ainsi que l'influence de facteurs qui se cumulent, se croisent et s'influencent tout au cours de la vie.

Aux caractéristiques de cette approche s'ajoute la notion de moments clés et de séquence (*timing*) (voir encadré 1)<sup>1</sup>. Cette notion prend toute son importance puisqu'elle permet d'identifier des périodes critiques dans la vie d'une personne propices à des interventions préventives ayant le potentiel d'influencer favorablement l'évolution d'une situation.

L'adoption d'une perspective des parcours de vie permet de comprendre comment la violence vécue tôt peut prédire des expériences de violence plus tard dans la vie, et comment leur accumulation et leur interaction pendant la vie peuvent expliquer des séquelles plus sévères sur la santé [8]. Cette compréhension permet de considérer comment les personnes peuvent être revictimisées dans leurs relations, ce qui peut faciliter l'identification d'actions efficaces pour les aider à sortir des trajectoires violentes. Puisque la violence peut se vivre à tous les âges, il convient d'adopter une vision décloisonnée et de considérer l'ensemble de la vie dans l'analyse du problème, et surtout d'examiner les liens qui existent entre la violence vécue d'un stade à l'autre, notamment pour être en mesure de mieux cibler des périodes pendant lesquelles les efforts de prévention sont plus susceptibles de donner des résultats [9].

En prévention de la violence, la perspective des parcours de vie amène donc à :

- Dégager des facteurs de risque et de protection communs à plus d'un type de violence;
- Considérer les multiples expériences de violence qui peuvent survenir au cours de la vie et les liens entre elles;
- Examiner les mécanismes susceptibles d'expliquer les impacts à long terme de la violence sur l'ensemble des dimensions de la santé;
- Envisager des solutions qui permettent de prévenir plusieurs types de violence.

---

<sup>1</sup> La perspective des parcours de vie considère également la notion d'agentivité (*agency*), c'est-à-dire la construction individuelle de la vie par des choix et des actions qui sont réalisés dans des structures sociales qui offrent des possibilités et qui comportent des contraintes [7].

## Encadré 1 – Quelques éléments de la perspective des parcours de vie

### Dimension temporelle et sociohistorique

La temporalité est une dimension centrale de la perspective des parcours de vie. La prise en compte du temps qui passe implique un horizon temporel qui s'étend sur l'ensemble de la vie (de la naissance à la mort), et même d'une génération à l'autre [5,7]. Les parcours de vie sont historiquement et socialement situés et s'observent à travers une cohorte de personnes nées à la même époque, qui traversent certains changements sociaux, au sein d'une culture donnée, suivant la même séquence et au même âge [10]. La perspective du parcours de vie rappelle aussi que les vies sont interreliées, c'est-à-dire que ce que vit une personne est lié à ce que sa famille, son entourage, et même son groupe social vit ou a vécu [11].

La perspective des parcours de vie examine aussi comment les premières étapes et expériences de la vie façonnent la santé tout au cours de la vie, et possiblement à travers les générations [6,12,13]. Elle met en exergue l'importance et la spécificité de tous les stades de la vie, ce qui implique que les trajectoires de santé s'améliorent, se maintiennent ou se dégradent sur toute la durée de la vie [14], et que les expériences qui ont une influence surviennent à tout moment dans la vie [5].

### Moments clés ou *timing*

La perspective des parcours de vie insiste sur l'importance de certaines périodes décisives de la vie d'une personne sur le développement et la santé [6,12-15]. Il existe des périodes sensibles ou critiques du développement, relativement limitées dans le temps, mais particulièrement réactives aux expériences et aux environnements [4], telles que les phases initiales et la petite enfance. D'un point de vue préventif, ces moments constituent une fenêtre d'intervention prioritaire [16]. Le *timing* réfère également à la séquence des expériences et aux liens entre celles-ci, afin de saisir l'influence des expériences sur le parcours de vie.

### Facteurs de risque et de protection

La complexité des parcours de vie fait en sorte que les facteurs de risque et de protection sont envisagés comme faisant partie d'un processus dynamique à travers le temps [15]. Les facteurs de risque compromettent la santé en augmentant la vulnérabilité, alors que les facteurs de protection peuvent venir atténuer l'effet d'expériences adverses et augmenter la résilience [14]. Dans cette perspective, les trajectoires ne sont pas statiques, mais constituent plutôt un continuum d'expositions, d'expériences et d'interactions [17], ce qui permet de prendre en considération l'accumulation de facteurs [12] et la possibilité que des expériences positives puissent atténuer l'effet d'expériences préjudiciables pour la santé, et ainsi briser la chaîne de risque [15].

### Cumul

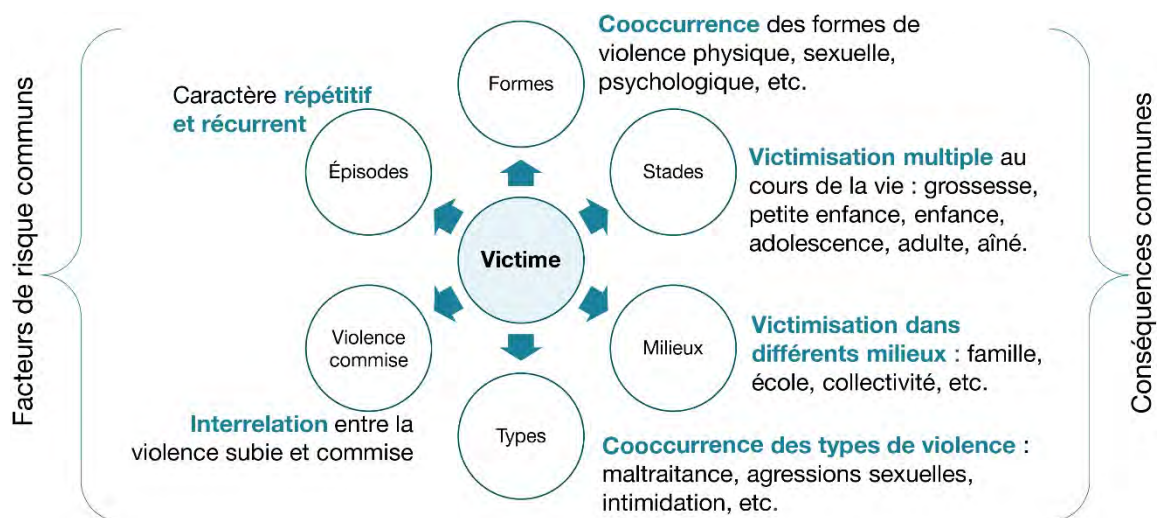
Le cumul réfère aux effets sur la santé de la combinaison de multiples expositions, tant positives que négatives, tout au cours de la vie [4]. L'effet cumulatif peut être additif ou multiplicateur [7]. Dans une perspective des parcours de vie, les effets cumulatifs sont examinés en intégrant une dimension temporelle, c'est-à-dire en observant comment les expériences se combinent, s'additionnent ou se multiplient au cours de la vie, en faisant ressortir les liens qui existent entre les différents stades ou les différentes étapes de la vie. La prise en compte des trajectoires, des transitions, des tournants et des expériences qui se cumulent dans le temps amène à considérer l'effet cumulatif des expériences en tant que facteurs de risque, ce que certains nomment la « chaîne de risque » [6,17]. Plus encore, elle amène un éclairage sur les mécanismes susceptibles d'expliquer les effets sur la santé d'expériences cumulées tout au cours de la vie, et permet aussi de mieux comprendre la reproduction des inégalités sociales et de santé [6]. Le cumul peut également être envisagé en référence à la concentration des expériences à un moment ou à un stade précis de la vie.

## Nature des liens entre les types de violence

### Facteurs de risque et de protection communs

Lorsqu'on aborde le phénomène de la violence de façon globale, il apparaît que plusieurs types et formes de violence partagent des facteurs de risque communs (ex. : inégalités entre les sexes, pauvreté, isolement social, consommation d'alcool) [8,18,19]. Parallèlement, un type de violence peut constituer un facteur associé à l'apparition d'autres expériences de violence plus tard dans la vie. Ainsi, la maltraitance subie dans l'enfance et l'adolescence, qui peut inclure l'exposition à la violence conjugale, est l'un des prédicteurs les plus robustes de la violence vécue et commise par la suite en contexte familial et conjugal [20]. Les premiers chapitres de ce rapport l'illustrent d'ailleurs de façon éloquente. Des facteurs de risque communs peuvent également être dégagés lorsqu'il est question d'une victimisation multiple vécue à un stade précis, par exemple à l'adolescence. [21] ont relevé un certain nombre de facteurs de risque présents chez des jeunes qui rapportaient plusieurs types de victimisation (violence familiale, intimidation, crimes contre les biens, etc.). Ils ont aussi découvert que le fait d'avoir plusieurs amis, donc une forme de soutien social, agissait comme facteur de protection pour les mêmes types de victimisation [21].

**Figure 4 Exemples de liens entre les types ou les formes de violence**



### Cooccurrence

Il y a cooccurrence de la violence lorsqu'au moins deux formes (ex. : physique et psychologique) ou deux types de violence (ex. : maltraitance envers l'enfant et agression sexuelle) sont subis par une même personne au cours d'une période donnée. Cette période peut être brève (ex. : sur une période de six mois) ou s'étendre au cours d'un stade de la vie (ex. : pendant l'adolescence).

Plusieurs scénarios de cooccurrence de la violence peuvent être envisagés (figure 4). Elle peut survenir dans le même milieu (ex. : au sein de la famille) ou dans deux milieux différents (ex. : au sein de la famille et au travail).



## Victimisation multiple : revictimisation, polyvictimisation et expériences adverses de l'enfance

La victimisation multiple est une autre façon de rendre compte de la nature des liens entre divers types de violence en intégrant une dimension temporelle. La victimisation multiple, tout comme la cooccurrence, se manifeste selon divers cas de figure (plusieurs formes et types de violence, plusieurs milieux, plusieurs auteurs ou épisodes, plusieurs stades de la vie, chronicité de la situation).

Parmi les victimisations multiples, la revictimisation est définie comme un épisode ou une série d'épisodes de victimisation physique, sexuelle, psychologique ou de négligence dans l'enfance ou l'adolescence (c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans), suivi par au moins un autre épisode de victimisation à l'âge adulte [22]. Bien que non incluse dans cette définition, la revictimisation peut s'appliquer à une personne qui a vécu un épisode de violence à l'âge adulte et qui en revit après l'âge de 65 ans (aîné).

La polyvictimisation, quant à elle, réfère à plusieurs types de victimisation (ex. : mauvais traitements, violence physique, agression sexuelle et intimidation) plutôt qu'à la répétition d'épisodes d'exposition d'un seul type [23]. Elle peut survenir dans différents milieux de vie (au domicile, à l'école ou dans la collectivité) [24]. Cette notion permet de prendre en considération une large gamme d'expositions des enfants et des adolescents à la violence, et ce, sans égard à l'âge, au milieu ou à la période d'exposition. Les travaux de Finkelhor et ses collaborateurs ont montré que l'exposition à un type de violence était fortement associée à d'autres types de violence chez les jeunes [24].

Une étude réalisée auprès d'enfants et de jeunes Québécois âgés de 2 à 17 ans a montré que certains enfants sont exposés à une accumulation et à une diversité d'expériences de victimisation et d'événements négatifs dans plusieurs sphères de leur vie [25]. Selon les données de cette étude, 1 % des 2 à 5 ans, 4 % des 6 à 11 ans, 10 % des 12 à 14 ans et 17 % des 15 à 17 ans avaient vécu plus de sept victimisations.

L'exposition à plusieurs épisodes violents dans l'enfance et l'adolescence a aussi été étudiée à travers la notion des « expériences adverses de l'enfance ». Ces expériences comprennent différents événements ou caractéristiques de la vie d'un enfant susceptibles d'influencer négativement son développement et sa santé à l'âge adulte. Le questionnaire de l'étude initiale sur les expériences adverses de l'enfance – « Adverse Childhood Experiences (ACE) Study » – inclut les mauvais traitements (violence psychologique, physique et sexuelle), la négligence physique ou émotionnelle, l'exposition à la violence conjugale entre les parents et le dysfonctionnement familial (consommation abusive de substances dans la famille, perte d'un parent biologique, emprisonnement, problèmes de santé mentale ou suicide)<sup>2</sup>. Plusieurs études ont démontré un lien entre les différentes expériences adverses de l'enfance, ainsi qu'un lien entre ces dernières et les conséquences à long terme sur la santé et le bien-être des personnes [26–30].

## Interrelation entre la violence subie et la violence commise

Il existe un consensus voulant que les enfants victimes de maltraitance dans l'enfance ou l'adolescence aient un risque accru d'adopter des comportements violents envers leurs propres enfants [31]. Lorsque ce phénomène se produit, on parle alors de transmission intergénérationnelle de la violence. Puisque la plupart des victimes de mauvais traitements dans l'enfance ne deviennent pas violentes envers leurs propres enfants [31], certains auteurs suggèrent plutôt de parler de la « continuité intergénérationnelle, soit la répétition de comportements maltraitants d'une génération à l'autre, et [de] la discontinuité intergénérationnelle, c'est-à-dire la cessation des comportements maltraitants entre deux générations » [32].

---

<sup>2</sup> Site Web *The Adverse Childhood Experiences Study: A Springboard to Hope*: <http://www.acestudy.org> (consulté le 23 février 2015).

Plus globalement, des antécédents de violence dans l'enfance et l'adolescence constituent un facteur de risque de comportements violents à l'âge adulte, et ce, dans plusieurs sphères de la vie [19]. Voici quelques cas de figure non mutuellement exclusifs illustrant le cycle de transmission de la violence interpersonnelle :

- De victime dans l'enfance à parent qui commet des mauvais traitements à l'endroit de ses enfants;
- De victime dans l'enfance à personne qui commet de la violence à l'endroit de son conjoint ou de sa conjointe;
- De victime dans l'enfance à personne qui commet des actes de violence dans la collectivité, c'est-à-dire par l'adoption de comportements antisociaux [31].

## ■ En résumé

La nature des liens qui existent entre diverses formes et divers types de violence est complexe. La perspective des parcours de vie contribue à approfondir la compréhension de cette complexité. Qu'il s'agisse de transmission intergénérationnelle de la violence familiale ou de la revictimisation au cours de la vie, les études démontrent les liens à travers les stades de la vie quant à une trajectoire de victimisation violente, mais aussi dans le passage possible de victime à auteur de violence.

## Conséquences de la violence sur la santé

La reconnaissance des nombreuses conséquences de la violence sur la santé physique et mentale a mené à l'adoption par l'Assemblée mondiale de la santé de trois résolutions visant à inviter les pays membres à s'attaquer à ce problème de santé publique (WHA49.25 en 1996, WHA56.24 en 2003 et WHA67.15 en 2014). L'éventail des effets de la violence sur l'intégrité physique et morale des individus et des populations est vaste, allant d'ecchymoses, de fractures, de symptômes dépressifs, d'état de trouble post-traumatique, de problèmes de santé reproductive jusqu'à des conséquences irréversibles tels des handicaps et le décès [1,18,20].

Envisagée sous l'angle de la perspective des parcours de vie, l'ampleur des conséquences de la violence sur la santé est influencée par plusieurs éléments. Tout d'abord, les conséquences doivent être examinées en considérant des dimensions liées au temps et à la chronologie des événements, par exemple le moment et la durée de l'exposition à la violence, si la violence a été vécue pendant une étape sensible du développement ou pendant une période de transition. De même, chaque stade de la vie comporte des enjeux propres qui influencent le développement et la nature des séquelles. Par ailleurs, comme le fait ressortir le modèle écologique, la prise en compte des caractéristiques de la personne et de son environnement ainsi que sa position sociale quant aux inégalités permet de comprendre et d'expliquer certaines conséquences de la violence. Enfin, il ne faut pas négliger l'impact des expériences de violence selon leur nature (types et formes, cooccurrence, polyvictimisation, etc.) ainsi que la récurrence de cet impact sur la santé physique et mentale des victimes.

## Qu'est-ce qui explique les conséquences de la violence sur la santé à long terme?

Les principales études ayant démontré des liens entre une exposition à la violence et des problèmes de santé observés des années, voire des décennies plus tard se sont intéressées aux effets à long terme de la maltraitance subie dans l'enfance. Ces études ont démontré des associations statistiques entre diverses formes de violence (physique, sexuelle, exposition à la violence conjugale, psychologique) et des problèmes de poids [33], la consommation de drogues, et des problèmes de santé mentale ou physique [34–40]. Les études ayant porté sur les expériences adverses dans l'enfance ont montré leur association avec des

habitudes de vie dommageables pour la santé (tabagisme, consommation de drogues et d'alcool, comportements sexuels à risque, etc.), des problèmes de santé mentale (anxiété, dépression, tentatives de suicide, etc.), des maladies chroniques (hypertension, maladies cardiovasculaires, hépatites, etc.), et même une mortalité prématurité [27–30,41,42]<sup>3</sup>. L'analyse de données québécoises a démontré une association forte et marquée entre les expériences de violence vécues avant 16 ans et les troubles mentaux ou liés à la consommation de substances, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide à l'âge adulte [43].

Dans une perspective des parcours de vie, la prise en compte des expériences antérieures de violence est nécessaire à la compréhension des conséquences sur la santé, tout comme d'autres paramètres susceptibles de favoriser la résilience ou le développement de séquelles à long terme (moment de l'exposition, nature et durée de l'exposition, cumul, stratégies d'adaptation déployées, violence actuelle, etc.). Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer les mécanismes par lesquels la violence vécue à différentes étapes de la vie influence la trajectoire de santé des personnes à des stades plus avancés. Ces mécanismes ne sont pas mutuellement exclusifs, et peuvent agir en interaction ou s'amplifier.

### Aspects développementaux

Les évidences scientifiques démontrent de plus en plus l'effet marquant et à long terme des comportements violents et négligents infligés à des enfants sur la structure et le fonctionnement du cerveau, sur le développement du système nerveux et même sur l'expression des gènes<sup>4</sup> [16]. La plasticité du cerveau dans les premières années de vie fait en sorte que des périodes sont particulièrement sensibles et réactives aux expériences et aux environnements, tant favorables que défavorables, laissant une empreinte biologique susceptible d'expliquer des problèmes de santé qui se manifestent plus tard dans la vie [44]. La concentration d'expériences de victimisation violente dans les premières années de la vie, soit à des étapes charnières du développement, laisserait présager un impact important sur la trajectoire de santé [37].

### Altération de la réponse au stress

L'exposition à la violence dans la petite enfance, en l'absence du soutien d'une personne significative, constitue un facteur de stress difficilement gérable et susceptible de provoquer des modifications physiologiques importantes, altérant ainsi la réponse au stress de façon permanente [6,44]. Cette altération de l'activation et de la réponse au stress exercerait une pression sur l'organisme des personnes susceptible d'engendrer ultérieurement des problèmes de santé, tels que des maladies cardiovasculaires [16].

### Stratégies d'adaptation

Pour certains auteurs, les mauvaises habitudes de vie seraient des comportements compensatoires (solutions) à la souffrance générée par les expériences négatives de l'enfance et de l'adolescence [29,42]. Les effets physiologiques générés par certains comportements à risque (tabagisme, consommation d'alcool, consommation excessive de nourriture, comportements sexuels à risque, etc.) seraient particulièrement efficaces à court terme pour atténuer ou apaiser les souffrances engendrées par les expériences adverses subies dans l'enfance, même si à long terme ils génèrent des problèmes de santé importants [30].

---

<sup>3</sup> L'étude sur les expériences adverses de l'enfance a été critiquée, notamment quant à son incapacité à expliquer les mécanismes responsables des liens observés entre les expériences et la santé, le fait qu'il s'agisse d'une étude rétrospective, sujette au biais de mémoire quant aux expériences vécues avant l'âge de 18 ans, ainsi que la grande période d'exposition considérée (de la naissance à 18 ans). Malgré tout, l'étude a joué un rôle important dans la reconnaissance des effets sur la santé à long terme des mauvais traitements vécus tôt dans la vie [16].

<sup>4</sup> L'épigénétique s'intéresse à l'étude de l'influence de l'environnement sur l'expression des gènes.

## Cumul des conséquences

Une autre explication des effets persistants de la violence sur la santé des personnes met l'accent sur la notion de cumul. Les effets des expériences violentes peuvent s'additionner, peu importe qu'elles surviennent de façon récurrente, concomitante (cooccurrence et polyvictimisation) ou séquentielle (revictimisation), et ce, sans égard aux formes ou aux types de violence. Selon une logique additive, il est avancé que les conséquences sur la santé de chaque forme de violence vécue dans l'enfance se cumulent à l'âge adulte pour en augmenter la sévérité [35]. L'effet additif peut aussi agir selon une relation dose-effet, c'est-à-dire en fonction de l'augmentation de la durée et de l'intensité de l'exposition [45]. Les études sur les expériences adverses de l'enfance ont montré une relation dose-effet très marquée entre le nombre d'expériences vécues et l'ampleur des problèmes de santé physique et mentale répertoriés à l'âge adulte [29]. Certains auteurs distinguent des modèles de cumul selon que ce soit la somme des expériences qui génère des conséquences plus sévères (effet additif), l'effet d'une interaction entre plusieurs formes de violence qui occasionne des conséquences propres à cette combinaison, ou qu'il s'agisse d'un effet multiplicateur, c'est-à-dire que les expériences de violence se multiplient et amplifient les répercussions [40,42,44].

### ■ En résumé

La part des expériences de violence dans l'étiologie des problèmes de santé mentale et physique est de mieux en mieux connue. Cependant, des zones grises persistent malgré des avancées dans le développement des connaissances scientifiques, notamment parce que la plupart des études qui rendent compte des liens entre la violence et la santé à long terme font appel à des études rétrospectives pour mesurer l'exposition à la violence [42]. Les mécanismes explicatifs évoqués précédemment sont variés et complexes, et dépassent largement le cadre de ce rapport. La perspective des parcours de vie offre toutefois un cadre conceptuel pertinent pour aborder la question. Les chapitres de ce rapport fournissent quelques pistes sur ce qui peut expliquer les conséquences à long terme de la violence, et la persistance des séquelles lorsque la violence cesse.

## Pertinence pour la prévention de la violence

L'adoption d'une perspective axée sur les parcours de vie permet d'envisager une large gamme d'occasions de prévention sur l'ensemble de la vie, tout en justifiant l'importance d'une action précoce et en amont [19]. Par ailleurs, en considérant l'effet possiblement amplificateur et cumulatif de la revictimisation sur le développement de séquelles, la perspective du parcours de vie met en exergue l'importance d'intervenir précocement pour briser le cycle de la victimisation violente [22]. En mettant l'accent sur les connexions qui existent entre les types de violence et en dégagant à différents niveaux du modèle écologique des facteurs de risque communs, il est possible de déployer des interventions qui réduisent plus d'un problème lié à la violence dans un milieu (ex. : famille ou à l'école) ou dans la société [18,20,24]. L'OMS mise d'ailleurs sur ce principe pour recommander sept grandes stratégies en prévention de la violence<sup>5</sup> à différents niveaux du modèle écologique, jugées efficaces ou prometteuses et à large portée [46].

Par ailleurs, la violence – de par ses causes variées, les circonstances dans lesquelles elle survient et sa large gamme de conséquences – appelle à des partenariats entre divers secteurs et disciplines, et ce, tant en recherche qu'en prévention [1]. Puisque la perspective des parcours de vie prend en compte le contexte social très large (physique, historique, économique, culturel, biologique, développemental, etc.), elle permet de mobiliser des acteurs multidisciplinaires et multisectoriels [7] autour d'actions qui agissent à différents niveaux du modèle écologique (individuel, relationnel, communautaire et sociétal). Le fait de cibler des facteurs communs permet aussi de développer des partenariats novateurs, de tirer profit de l'expertise, de maximiser le financement disponible et d'envisager une multitude d'interventions [19].

Enfin, en examinant la question de la transmission intergénérationnelle de la violence à la lumière des parcours de vie, il est possible de dégager des points de rupture dans la trajectoire violente des personnes et des familles, et ainsi de mieux comprendre comment intervenir pour briser le cycle de la violence.

Il est certain que la perspective des parcours de vie dans le domaine de la violence génère encore des questions de recherche, notamment sur l'impact de la victimisation violente sur les parcours de vie, le rôle de la victimisation dans l'enfance dans une revictimisation plus tard dans la vie, et l'effet d'une victimisation répétée sur les séquelles encourues par une victime de violence. Les chapitres suivants tenteront d'aborder quelques-unes de ces questions pour chacune des thématiques abordées.

---

<sup>5</sup> Les sept stratégies sont les suivantes : 1) Favoriser des relations sûres, stables et épanouissantes entre les enfants et leurs parents; 2) Développer des aptitudes à la vie quotidienne chez les enfants et les adolescents; 3) Réduire la disponibilité et la consommation nocive de l'alcool; 4) Réduire l'accès aux armes à feu, aux armes blanches et aux pesticides; 5) Promouvoir l'égalité entre les sexes afin de prévenir la violence contre les femmes; 6) Changer les normes culturelles et sociales qui favorisent la violence; 7) Offrir des programmes de détection des victimes ainsi que des programmes de soins et de soutien aux victimes.

## Références

- [1] Krug E. G. et collab. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002. Disponible sur : [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/fr/full\\_fr.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf)
- [2] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015.
- [3] Heise L. L. *What works to prevent partner violence? An evidence overview*. STRIVE, 2011.
- [4] Kuh D. et collab. « Life course epidemiology ». *J. Epidemiol. Community Health* [En ligne]. 10 janvier 2003. Vol. 57, n°10, p. 778-783. Disponible sur : <https://doi.org/10.1136/jech.57.10.778>
- [5] Hosking J. et collab. « A life course approach to injury prevention: a “lens and telescope” conceptual model ». *BMC Public Health* [En ligne]. 8 septembre 2011. Vol. 11, n°1, p. 695. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-695>
- [6] Braveman P., Barclay C. « Health disparities beginning in childhood: a life-course perspective ». *Pediatrics* [En ligne]. Novembre 2009. Vol. 124 Suppl 3, p. S163-175. Disponible sur : <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1100D>
- [7] Halfon N. et collab. « Lifecourse Health Development: Past, Present and Future ». *Matern. Child Health J.* [En ligne]. 2014. Vol. 18, n°2, p. 344-365. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1346-2>
- [8] Taylor G. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2016 : Regard sur la violence familiale au Canada*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2016.
- [9] Organisation mondiale de la santé, London School of Hygiene and Tropical Medicine. *Prévenir la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes. Intervenir et produire des données*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2010.
- [10] Ugnat A.-M. « Mise en contexte : Concept de l'approche axée sur la trajectoire de vie et du cycle de la surveillance et de l'épidémiologie ». In : *16<sup>es</sup> Journées annuelles de santé publique*. Montréal : 2012.
- [11] Elder G. H. « Time, Human Agency, and Social Change: Perspectives on the Life Course ». *Soc. Psychol. Q.* [En ligne]. 1994. Vol. 57, n°1, p. 4-15. Disponible sur : <https://doi.org/10.2307/2786971>
- [12] Halfon N., Hochstein M. « Life Course Health Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy, and Research ». *Milbank Q.* [En ligne]. Septembre 2002. Vol. 80, n°3, p. 433-479. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00019>
- [13] World Health Organization. *A Life Course Approach to Health. The implication for training of embracing*. Geneva : World Health Organization; International Longevity Centre, 2000.
- [14] U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration. *Rethinking MCH: The life course model as a organizing framework. Concept paper*. 2010.
- [15] Hutchinson E. D. « A Life Course Perspective ». In : *Dimens. Hum. Behav. Chang. Life Course*. Los Angeles : 2011.
- [16] Boivin M., Hertzman C. *Early childhood development: adverse experiences and developmental health*. Royal Society of Canada. Ottawa : Royal Society of Canada, Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel (with Ronald Barr, Thomas Boyce, Alison Fleming, Harriet MacMillan, Candice Odgers, Marla Sokolowski et Nico Trocmé), 2012.
- [17] Minh A. et collab. « Linking childhood and adult criminality: using a life course framework to examine childhood abuse and neglect, substance use and adult partner violence ». *Int. J. Environ. Res. Public Health* [En ligne]. Novembre 2013. Vol. 10, n°11, p. 5470-5489. Disponible sur : <https://doi.org/10.3390/ijerph10115470>
- [18] World Health Organization. *Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children*. Geneva : World Health Organization, 2016.
- [19] Wilkins et collab. *Connecting the dots: An Overview of the Links Among Multiple Forms of Violence*. Oakland : Centers for Disease Control and Prevention, Prevention Institute, 2014.
- [20] Bellis M. A. et collab. *Protecting People, Promoting Health. A Public Health Approach to Violence Prevention for England*. Liverpool : North West Public Health Observatory, 2012.
- [21] Finkelhor D., Ormrod R. K., Turner H. A. « Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Mai 2007. Vol. 31, n°5, p. 479-502. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.012>
- [22] Karjane H. M. « Revictimization ». In : Fisher BS, Steven P (éd.). *Encycl. Vict. Crime Prev.* Thousand Oaks : SAGE, 2010.
- [23] Finkelhor D. et collab. « Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth ». *Pediatrics* [En ligne]. Novembre 2009. Vol. 124, n°5, p. 1411-1423. Disponible sur : <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0467>
- [24] Finkelhor D. et collab. « Polyvictimization: Children's exposure to multiple types of violence, crime and abuse ». *Juv. Justice Bull.* octobre 2011.

- [25] Cyr K., Clément M.-È., Chamberland C. « La victimisation, une norme dans la vie des jeunes au Québec? ». *Criminologie* [En ligne]. 2014. Vol. 47, n°1, p. 17-40. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1024005ar>
- [26] Anda R. F. et collab. « The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood ». *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* [En ligne]. Avril 2006. Vol. 256, n°3, p. 174-186. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- [27] Bellis M. A. et collab. « Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: a national survey ». *J Public Health Oxf* [En ligne]. 30 août 2014. n°1741-3850 (Electronic). Disponible sur : <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu065>
- [28] Bellis M. A. et collab. « Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population ». *J. Public Health Oxf* [En ligne]. Mars 2014. Vol. 36, n°1741-3850 (Electronic), p. 81-91. Disponible sur : <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt038>
- [29] Felitti V. J., Anda R. F. « The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: implications for healthcare ». In : *Hidden Epidemic Impact Early Life Trauma Health Dis.* Cambridge : Cambridge University Press, 2009.
- [30] Felitti V. J. et collab. « Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study ». *Am. J. Prev. Med.* mai 1998. Vol. 14, n°4, p. 245-258.
- [31] WHO Regional Office for Europe. *The cycles of violence. The relationship between childhood maltreatment and the risk of later becoming a victim or a perpetrator of violence. Key facts.* World Health Organization, 2007.
- [32] Richard M.-C. et collab. *Coup d'oeil sur la transmission intergénérationnelle de la maltraitance.* [En ligne]. 2014. Disponible sur : [http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup\\_d%27oeil\\_sur\\_la\\_transmission\\_intergénérationnelle\\_de\\_la\\_maltraitance.aspx](http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d%27oeil_sur_la_transmission_intergénérationnelle_de_la_maltraitance.aspx) (consulté le 31 mars 2015)
- [33] Greenfield E. A., Marks N. F. « Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: using food in response to stress as a mediator of risk ». *Soc. Sci. Med.* [En ligne]. Mars 2009. Vol. 68, n°0277-9536 (Print), p. 791-798. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.004>
- [34] Roustit C. et collab. « Exposure to interparental violence and psychosocial maladjustment in the adult life course: Advocacy for early prevention ». *J. Epidemiol. Community Health.* juillet 2009. Vol. 63, n°7, p. 563-568.
- [35] Bouchard E.-M. et collab. « Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance ». *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique* [En ligne]. Octobre 2008. Vol. 56, n°5, p. 333-344. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.respe.2008.06.260>
- [36] Arboleda-Florez J., Wade T. J. « Childhood and adult victimization as risk factor for major depression ». *Int. J. Law Psychiatry* [En ligne]. Juillet 2001. Vol. 24, n°4-5, p. 357-370. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00072-3](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00072-3)
- [37] Macmillan R. « Violence and the life course: The Consequences of Victimization for Personal and Social Development ». *Annu. Rev. Sociol.* août 2001. Vol. 27, p. 1-22.
- [38] Thoresen S. et collab. « Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population ». *Eur. J. Psychotraumatology.* 13 janvier 2015. Vol. 6.
- [39] Afifi T. O. et collab. « Child abuse and mental disorders in Canada ». *Can. Med. Assoc. J.* [En ligne]. 22 avril 2014. p. cmaj.131792. Disponible sur : <https://doi.org/10.1503/cmaj.131792>
- [40] Gilbert R. et collab. « Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries ». *The Lancet* [En ligne]. 3 janvier 2009. Vol. 373, n°9657, p. 68-81. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- [41] Dube S. R. et collab. « Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study ». *J. Am. Med. Assoc.* 26 décembre 2001. Vol. 286, n°0098-7484 (Print), p. 3089-3096.
- [42] Norman R. E. et collab. « The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis ». *PLOS Med.* [En ligne]. 2012. Vol. 9, n°1549-1676 (Electronic), p. e1001349. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- [43] Flores J., Laforest J., Joubert K. *La violence vécue par les Québécois avant l'âge de 16 ans et la santé à l'âge adulte : quels sont les liens?.* Québec : Institut de la statistique du Québec, 2016. (Zoom santé no 56).
- [44] Center on the Developing Child at Harvard University. *The Foundations of Lifelong Are Built in Early Childhood.* [En ligne]. 2010. Disponible sur : [www.developingchild.harvard.edu](http://www.developingchild.harvard.edu)
- [45] Hertzman C., Power C. « Health and human development: understandings from life-course research ». *Dev. Neuropsychol.* 2003. Vol. 24, n°2-3, p. 719-744.
- [46] OMS, Liverpool John Moores University. *Prévenir la violence: les faits.* Genève : Organisation mondiale de la santé, 2013.