

INSPQ

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Centre d'expertise
et de référence

Rapport québécois sur la **VIOLENCE** et la santé



Québec 



Rapport québécois
sur la **VIOLENCE**
et la santé

*Institut national
de santé publique*

Québec 

SOUS LA DIRECTION DE

Julie Laforest

Pierre Maurice

Louise Marie Bouchard

Direction du développement des individus et des communautés

SOUTIEN ÉDITORIAL ET COMMUNICATIONS

Vicky Bertrand

Unité des communications et de la documentation

CONCEPTION GRAPHIQUE DE LA PAGE COUVERTURE

Marlène B.

MISE EN PAGE

Isabelle Gignac

Unité des communications et de la documentation

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L. M. (dir.). (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.

Ce document a été réalisé grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ce document est disponible intégralement en ligne et en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante :

<http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-81130-5 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-81131-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2018)

Contributions

COMITÉ DE RÉDACTION

Julie Laforest
Pierre Maurice
Louise Marie Bouchard
Institut national de santé publique du Québec

COMITÉ CONSULTATIF

Jasline Flores, Institut de la statistique du Québec
Anne-Marie Grenier, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Sylvain Leduc, Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Julie Rousseau, ministère de la Santé et des Services sociaux
Lil Tomnyr, Agence de la santé publique du Canada

AUTEURES ET AUTEURS

Les auteurs ont rédigé les différentes versions des chapitres, qui ont été enrichies des commentaires du comité de rédaction, du comité consultatif et des réviseurs. Toutefois, le contenu final des chapitres reflète le choix ultime des auteurs.

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

Chapitre 2 : La violence et la maltraitance envers les enfants

Marie-Ève Clément, Chaire de recherche du Canada sur la violence faite aux enfants, Université du Québec en Outaouais
Marie-Hélène Gagné, Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Université Laval
Sonia Hélié, Centre de recherche de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Encadré 1 – La prévention du trauma crânien non accidentel (TCNA) pédiatrique – Sylvie Béliveau, Centre mère-enfant Soleil, Centre hospitalier universitaire de Québec

Chapitre 3 : Les agressions sexuelles

Karine Baril, Université du Québec en Outaouais
Julie Laforest, Institut national de santé publique du Québec

Encadré 1 – ESSIMU : une enquête portant sur les violences sexuelles en milieu universitaire au Québec – Manon Bergeron, Marie-France Goyer, Université du Québec à Montréal

Encadré 2 – L'agression sexuelle dans les Forces armées canadiennes – Karine Baril, Université du Québec en Outaouais

Chapitre 4 : La violence dans les relations amoureuses des jeunes

Martine Hébert, Université du Québec à Montréal
Andréanne Lapierre, Université du Québec à Montréal
Francine Lavoie, Université Laval
Mylène Fernet, Université du Québec à Montréal
Martin Blais, Université du Québec à Montréal

Chapitre 5 : La violence conjugale

Julie Laforest

Dominique Gagné

Institut national de santé publique du Québec

Encadré 1 – Enfants exposés à la violence conjugale – Geneviève Lessard, Université Laval

Encadré 2 – La coercition reproductive en contexte conjugal – Sylvie Lévesque, Université du Québec à Montréal

Encadré 3 – Contexte de vulnérabilité à la violence conjugale – Nathalie Sasseville, Université du Québec à Chicoutimi

Chapitre 6 : La maltraitance envers les personnes âgées

Marie Beaulieu

Roxane Leboeuf

Caroline Pelletier

Avec la collaboration de Julien Cadieux Genesse

Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Université de Sherbrooke,

Centre de recherche sur le vieillissement du Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux de l'Estrie – CHUS

Chapitre 7 : La violence en milieu scolaire et les défis de l'éducation à la socialisation

François Bowen, Université de Montréal

Caroline Levasseur, Université de Montréal

Claire Beaumont, Chaire de recherche – Sécurité et violence en milieu éducatif, Université Laval

Éric Morissette, Université de Montréal

Paula St-Arnaud, Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

Chapitre 8 : La violence envers les athlètes dans un contexte sportif

Sylvie Parent

Kristine Fortier

Université Laval

Chapitre 9 : La violence en milieu de travail

Mariève Pelletier

Institut national de santé publique du Québec

Katherine Lippel

Chaire de recherche du Canada en droit de la santé et de la sécurité du travail, Université d'Ottawa

Michel Vézina

Institut national de santé publique du Québec

Chapitre 10 : La violence vécue en milieu autochtone

Odile Bergeron

Faisca Richer

Isabelle Duguay

Institut national de santé publique du Québec

Chapitre 11 : La violence auto-infligée : le suicide et les tentatives de suicide

Brian L. Mishara

Université du Québec à Montréal

Remerciements

La réalisation de ce rapport sur la violence et la santé au Québec est un projet ambitieux qui a nécessité la contribution et la précieuse collaboration d'un ensemble de personnes. Le comité de rédaction tient à remercier chaleureusement :

▪ **Les auteures et les auteurs :**

Ce rapport est le fruit de l'excellence de leur travail, de la finesse de leur expertise et de leur engagement en prévention de la violence. Leur indulgence et leur grande patience à l'égard des exigences de rédaction et d'édition doivent également être soulignées.

▪ **Les membres du comité consultatif :**

Jasline Flores de l'Institut de la statistique du Québec; Anne-Marie Grenier du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec; Sylvain Leduc du CISSS du Bas-Saint-Laurent; Julie Rousseau du ministère de la Santé et des Services sociaux; et Lil Tomnyr de l'Agence de la santé publique du Canada. Leur appui, leur disponibilité et leur implication à toutes les étapes de ce projet ont grandement facilité le cours des travaux.

▪ **Les personnes qui ont révisé des sections ou l'ensemble de ce rapport :**

Caroline Caux, Chantal Labrecque, Émilie Rochette et Lucie Vézina du ministère de la Santé et des Services sociaux; Isabelle Henry, Annie St-Pierre, Benoit Tremblay et Joanie Trudel du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur; Denis Laliberté du CIUSSS de la Capitale-Nationale; des représentants de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec; Geneviève Lessard de l'Université Laval; Sylvie Lévesque de l'Université du Québec à Montréal; Marc Tourigny de l'Université de Sherbrooke; ainsi que Guillaume Burigusa, Mélanie Chabot, Liane Comeau, Édith Guilbert, Réal Morin, Julie Poissant, Marie-Claude Roberge, Caroline Tessier et André Tourigny de l'Institut national de santé publique du Québec. Leurs commentaires éclairés ont permis d'enrichir le contenu du rapport tout en respectant la vision des auteures et des auteurs.

▪ **Les personnes qui ont soutenu et facilité, de diverses façons, la réalisation de ce rapport :**

Sophie Lalande du ministère de la Sécurité publique; Mathieu Gagné, Benoît Houle, Johanne Laguë, Florence Niquet, Olivier Robert et Jocelyne Sauvé de l'Institut national de santé publique du Québec. Un merci tout spécial à Isabelle Gignac pour sa minutie et son sang-froid face à l'ampleur de la tâche de mise en page d'un rapport d'une telle envergure, à Vicky Bertrand pour son soutien et sa disponibilité tout au long de sa réalisation, et à Dominique Gagné pour sa vitesse de réaction, sa rigueur et son soutien indéfectible.

Enfin, le comité de rédaction ne peut passer sous silence l'appui de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux et celui de l'Institut national de santé publique du Québec. Merci de tout cœur.

Le comité de rédaction,
Julie, Louise Marie et Pierre

Avant-propos

Nous savons maintenant que les expériences de violence entravent le développement des personnes et des collectivités, et que les conséquences de la violence se répercutent à travers l'ensemble de la vie. Devant les souffrances causées par la violence, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que la prévention de la violence est une priorité de santé publique. C'est pourquoi, dans une perspective d'atteindre les objectifs de développement durable en matière de santé, des cibles précises ont été établies pour éliminer la violence, particulièrement celle dont sont victimes les femmes et les enfants à travers le monde.

Depuis le lancement du *Rapport mondial sur la violence et la santé* par l'OMS, en 2002, de nombreuses actions et engagements ont été pris par les États membres pour s'attaquer au problème. Le *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde* fait d'ailleurs état des progrès réalisés, mais réaffirme surtout l'importance d'accentuer les efforts de prévention. Beaucoup reste à faire, et c'est la raison pour laquelle nous avons l'obligation morale de prendre appui sur les connaissances récentes et de mobiliser les parties prenantes concernées pour contrer ce fléau qui compromet l'atteinte du plein potentiel de santé d'une part importante de la population.

Le présent rapport s'inscrit tout à fait dans la lignée de cet appel à l'action. Pour intervenir globalement en amont et prévenir plusieurs types de violence à la fois, il s'avère des plus pertinent de regrouper dans un même ouvrage les connaissances sur les différentes facettes de la violence.

Avec la qualité du matériel présenté, je suis convaincu que ce rapport constituera un élément central pour prévenir la violence et en atténuer les conséquences, et ce, tant en ce qui concerne les individus que les collectivités et la société dans son ensemble.

Étienne Krug

Directeur
Prise en charge des maladies non transmissibles,
handicap, prévention de la violence et du traumatisme
Organisation mondiale de la santé

Préface

Comme le reconnaît l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la violence constitue indéniablement un problème dans nos sociétés pour lequel la santé publique doit investir des efforts de prévention.

En effet, les différentes données statistiques sur le sujet, de même que les événements qui sont rapportés régulièrement dans les médias, et ce, que ce soit en matière d'agression sexuelle, de violence conjugale, d'homicides intrafamiliaux, d'intimidation ou de violence à l'école, nous démontrent que l'appel à l'action de l'OMS est encore d'actualité.

En tant que centre d'expertise et de référence en matière de santé publique, notre objectif est de faire progresser les connaissances et les compétences, de proposer des stratégies ainsi que des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population. C'est dans cette perspective que l'Institut national de santé publique du Québec s'investit dans le dossier de la prévention de la violence.

En conformité avec le Programme national de santé publique et la Politique gouvernementale de prévention en santé, nous contribuons à la prévention de différentes manifestations de violence, telles que la violence conjugale, les agressions sexuelles, la maltraitance envers les enfants et les aînés, de même que la violence à l'école, en milieu de travail ou dans les communautés autochtones. Pour ce faire, nous pouvons compter sur des experts œuvrant dans le domaine de la périnatalité, de la petite enfance, de la santé des jeunes, de la santé mentale, de la sécurité, de la violence et des traumatismes, ainsi que dans les domaines de la santé au travail et de la santé des Autochtones. Nous pouvons également compter sur des partenariats bien établis avec différents groupes ou chercheurs universitaires s'intéressant à l'un ou l'autre des types de violence couverts dans le présent document.

Ce rapport, à n'en pas douter, constitue un ouvrage de référence qui contribuera à soutenir le ministère de la Santé et des Services sociaux, le réseau de santé publique, de même que leurs réseaux de partenaires dans leurs efforts pour prévenir la violence au Québec.

Nicole Damestoy

Présidente-directrice générale
Institut national de santé publique du Québec

Table des matières

Liste des tableaux.....	XI
Listes des figures.....	XIII
Glossaire	XV
Introduction	1
Chapitre 1 Vers une perspective intégrée en prévention de la violence	5
Chapitre 2 La violence et la maltraitance envers les enfants	21
Chapitre 3 Les agressions sexuelles	55
Chapitre 4 La violence dans les relations amoureuses des jeunes.....	97
Chapitre 5 La violence conjugale	131
Chapitre 6 La maltraitance envers les personnes âgées.....	169
Chapitre 7 La violence en milieu scolaire et les défis de l'éducation à la socialisation	199
Chapitre 8 La violence envers les athlètes dans un contexte sportif.....	229
Chapitre 9 La violence en milieu de travail.....	255
Chapitre 10 La violence vécue en milieu autochtone.....	281
Chapitre 11 La violence auto-infligée : le suicide et les tentatives de suicide	315
Conclusion	337

Liste des tableaux

Chapitre 1	Vers une perspective intégrée en prévention de la violence	
Tableau 1	Types et formes de violence.....	7
Chapitre 2	La violence et la maltraitance envers les enfants	
Tableau 1	Particularités des différents cycles de l'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse (ÉIQ)	27
Tableau 2	Incidence de la maltraitance jugée fondée par les services de protection du Québec en 1998, 2008 et 2014	28
Tableau 3	Sévérité de la maltraitance jugée fondée par les services de protection du Québec en 1998, 2008 et 2014	28
Tableau 4	Prévalence de la violence familiale envers les enfants au Québec en 1999, 2004 et 2012	30
Tableau 5	Principaux facteurs de risque associés à la maltraitance.....	33
Tableau 6	Principales conséquences à court et à long terme de la maltraitance.....	35
Tableau 7	Typologie de stratégies pour prévenir la maltraitance envers les enfants	37
Tableau 8	Potentiel des programmes de soutien au rôle parental pour prévenir la maltraitance	39
Chapitre 3	Les agressions sexuelles	
Tableau 1	Formes d'agression sexuelle selon la nature des gestes impliqués.....	60
Tableau 2	Formes d'agression sexuelle selon le lien entre la victime et l'agresseur	61
Tableau 3	Prévalence de l'agression sexuelle dans l'enfance au Québec et au Canada dans les études populationnelles	65
Tableau 4	Facteurs associés au risque de commettre une agression sexuelle	71
Tableau 5	Facteurs associés au risque d'être victime d'agression sexuelle dans l'enfance (0-18 ans)	75
Tableau 6	Facteurs associés au risque d'être victime d'agression sexuelle à l'âge adulte	77
Tableau 7	Conséquences sur la santé physique et mentale de l'agression sexuelle auprès de mineurs manifestées dans l'enfance et à l'adolescence	78
Tableau 8	Conséquences sur la santé physique et mentale à l'âge adulte de l'agression sexuelle vécue dans l'enfance.....	79
Tableau 9	Conséquences sur la santé physique et mentale de l'agression sexuelle à l'âge adulte.....	81
Tableau 10	Exemples d'application de mesures de prévention situationnelle dans les organisations de services pour les jeunes.....	89
Chapitre 4	La violence dans les relations amoureuses des jeunes	
Tableau 1	Formes de violence dans les relations amoureuses des jeunes	100
Tableau 2	Données québécoises de la prévalence de la VRA	102
Tableau 3	Facteurs de risque et de protection pour la victimisation	105
Tableau 4	Facteurs de risque et de protection pour la perpétration.....	109
Tableau 5	Principales conséquences de la violence dans les relations amoureuses des jeunes sur la santé	115
Tableau 6	Description des programmes de prévention canadiens et américains	117
Tableau 7	Description des programmes de prévention québécois.....	118

Chapitre 5	La violence conjugale	
Tableau 1	Conséquences de la violence conjugale sur la santé et le développement des enfants et des adolescents.....	137
Tableau 2	Évolution de la prévalence de la violence conjugale (physique ou sexuelle) autorapportée dans l'ESG 1999, 2004, 2009 et 2014	143
Tableau 3	Évolution du nombre et du taux d'infractions commises en contexte conjugal, Québec 2004-2014.....	144
Tableau 4	Facteurs associés à la violence conjugale	145
Tableau 5	Conséquences de la violence conjugale sur la santé.....	150
Tableau 6	Symptômes de l'état de stress post-traumatique chez les victimes de violence conjugale, selon la nature de la violence conjugale	152
Tableau 7	Stratégies de prévention primaire en lien avec la violence conjugale.....	157
Chapitre 6	La maltraitance envers les personnes âgées	
Tableau 1	Types de maltraitance	173
Tableau 2	Facteurs de risque de la maltraitance	176
Tableau 3	Facteurs de risque en milieu d'hébergement	178
Tableau 4	Facteurs de protection	179
Tableau 5	Exemples de conséquences de la maltraitance.....	180
Tableau 6	Indices de la maltraitance selon chacun des sept types.....	181
Tableau 7	Caractéristiques des personnes âgées à risque d'intimidation et des personnes à risque d'intimider	184
Tableau 8	Conséquences de l'intimidation sur les personnes âgées intimidées	185
Tableau 9	Éléments propres ou essentiels à la maltraitance et à l'intimidation.....	187
Tableau 10	Aperçu des interventions et de leur efficacité pour prévenir ou réduire la maltraitance envers les personnes âgées.....	188
Tableau 11	Bonnes pratiques en milieu de soins et d'hébergement recensées.....	191
Chapitre 7	La violence en milieu scolaire et les défis de l'éducation à la socialisation	
Tableau 1	Pourcentages d'élèves du primaire et du secondaire rapportant avoir subi différents types d'agression de la part de leurs pairs, 2013 et 2015	208
Chapitre 8	La violence envers les athlètes dans un contexte sportif	
Tableau 1	Manifestations de violence interpersonnelle en contexte sportif, selon le type d'auteur.....	235
Chapitre 11	La violence auto-infligée : le suicide et les tentatives de suicide	
Tableau 1	Exemples des facteurs de risque du suicide selon le modèle écologique, associés aux interventions préventives	322

Listes des figures

Chapitre 1	Vers une perspective intégrée en prévention de la violence	
Figure 1	Continuum des interventions de prévention de la violence et de ses conséquences.....	8
Figure 2	Types de violence abordés dans le rapport, selon les stades de la vie	9
Figure 3	Modèle écologique : niveaux de facteurs.....	10
Figure 4	Exemples de liens entre les types ou les formes de violence	13
Chapitre 2	La violence et la maltraitance envers les enfants	
Figure 1	Niveau de reconnaissance épidémiologique de la maltraitance et de la violence envers les enfants.....	26
Chapitre 3	Les agressions sexuelles	
Figure 1	Ampleur de l'agression sexuelle selon les différentes sources de données	63
Chapitre 5	La violence conjugale	
Figure 1	Taux de criminalité commise en contexte de violence conjugale, par région et pour l'ensemble du Québec, 2014	143
Chapitre 7	La violence en milieu scolaire et les défis de l'éducation à la socialisation	
Figure 1	Précisions sur les formes de violence selon le modèle testé de Beaumont et collaborateurs, 2014	203
Figure 2	Les 14 composantes du climat scolaire	218
Figure 3	Pyramide de prévention	221
Chapitre 8	La violence envers les athlètes dans un contexte sportif	
Figure 1	Typologie de la violence dans un contexte sportif	232
Chapitre 9	La violence en milieu de travail	
Figure 1	Distinction entre la violence interne et la violence externe en milieu de travail.....	263
Figure 2	Prévalence du harcèlement psychologique au travail selon l'exposition à des risques psychosociaux du travail selon le genre.....	268
Figure 3	Prévalence d'indicateurs de santé en fonction de l'exposition au harcèlement psychologique des travailleurs québécois en 2007-2008	270
Chapitre 10	La violence vécue en milieu autochtone	
Figure 1	Taux de suicide par populations, Canada, 2000	292
Chapitre 11	La violence auto-infligée : le suicide et les tentatives de suicide	
Figure 1	Taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2014	319
Figure 2	Taux de suicide selon le groupe d'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2012-2014.....	320
Conclusion		
Figure 1	Exemples de liens entre les types de violence abordés dans ce rapport	337

Glossaire

Capital social : Le capital social d'une communauté (ou d'un quartier) correspond aux caractéristiques de l'organisation sociale reposant sur les réseaux, les normes, les relations de confiance, la coordination et la coopération pour un bénéfice mutuel. Il facilite le soutien social, la cohésion sociale et la participation sociale.

Chaîne de risque : La chaîne de risque illustre la séquence des étapes causales qui peuvent aboutir à des conséquences négatives pour la santé d'une population.

Cohésion sociale : La cohésion sociale est l'état d'une société où les disparités sociales et économiques sont réduites, et dont les membres sont solidaires, partagent des valeurs communes et éprouvent un fort sentiment d'appartenance à leur communauté. Elle résulte d'un ensemble de processus étatiques ou citoyens qui font que les membres d'une même société s'y sentent acceptés et reconnus, peu importe leur origine, leur religion, leur allégeance politique ou leur condition sociale ou physique. La cohésion sociale contribue au maintien de l'ordre social.

Contrôle social : Le contrôle social s'exerce quand, au moment de violer une loi, un individu rencontre une résistance d'origine sociale qui l'empêche d'agir ou, au moins, le fait hésiter.

Déterminants sociaux : Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Les valeurs et les normes sociales, le genre, les changements sociaux et la stratification sociale (selon le revenu, la scolarité, l'emploi et l'origine ethnoculturelle), les préjugés et la discrimination en sont des exemples.

Devis quasi-expérimentaux (ou étude quasi-expérimentale) : Les devis quasi-expérimentaux visent à évaluer l'effet des programmes en mesurant certaines informations avant et après leur mise en place. Ces devis comprennent des groupes de comparaison. L'assignation des participants aux groupes se fait de façon non aléatoire.

Données administratives : Les données administratives sont des renseignements recueillis par des organismes. Les données concernant les naissances, les décès, les mariages, les divorces ou encore la fréquentation des services en sont des exemples. Ces données peuvent provenir d'organismes publics (ex. : hôpitaux, services de police, CISSS-CIUSSS) ou d'organismes communautaires ou à but non lucratif (ex. : maisons d'hébergement).

Efficacité collective : L'efficacité collective est la capacité d'une communauté à exercer un contrôle et à intervenir lorsque surgit un problème. Elle est composée de la cohésion sociale et du contrôle social informel.

Enquête populationnelle : Une enquête populationnelle est une collecte d'information qui permet de documenter un phénomène auprès d'une population définie. Lorsque les données sont recueillies à partir d'un échantillon représentatif de la population, l'analyse des données recueillies permet de faire des estimations pour l'ensemble de la population.

Essai contrôlé randomisé (ou étude expérimentale randomisée) : Un essai contrôlé randomisé consiste en une expérience quantitative, comparative et contrôlée par laquelle des chercheurs étudient l'effet d'une intervention, d'un traitement ou d'un médicament en comparant l'évolution d'un problème entre ceux qui reçoivent l'intervention et ceux qui ne la reçoivent pas. L'assignation des participants à l'étude dans le groupe expérimental ou le groupe de comparaison se fait de façon aléatoire.

État de stress post-traumatique : L'état de stress post-traumatique se caractérise par le fait de revivre continuellement un événement extrêmement traumatique, par des symptômes d'hypervigilance malgré l'absence de danger imminent, et par l'évitement des stimulus associés au traumatisme.

Étude à visée étiologique : Une étude à visée étiologique vise à déterminer le rôle que peuvent jouer certains facteurs dans l'explication d'une maladie ou d'un problème. Elle tend par exemple à déterminer s'il existe une relation entre un facteur et un type de violence, et quelle est l'intensité de cette relation.

Étude longitudinale : Une étude longitudinale est une étude au cours de laquelle un événement est mesuré chez un groupe de sujets à différents moments dans le temps. Une étude longitudinale pourrait, par exemple, permettre de mesurer les comportements violents à différents moments de la vie, et de déterminer quelles variables (ex. : caractéristiques de la personne, de sa famille, de son milieu) ont précédé l'adoption des comportements.

Étude qualitative : Une étude qualitative vise à recueillir des renseignements afin d'évaluer et de comprendre en profondeur des perceptions, des croyances, des attitudes ou des comportements d'un groupe d'individus à l'égard du phénomène étudié. Elle s'appuie principalement sur l'analyse de contenu, et est menée le plus souvent auprès d'échantillons réduits par des entretiens individuels ou en groupe.

Étude quantitative : Une étude quantitative est fondée sur la compilation de données statistiques afin d'obtenir une description chiffrée des attitudes ou des comportements d'une population, ou de toute autre observation, à l'égard du phénomène étudié. Elle s'appuie essentiellement sur des méthodes d'analyse statistique, et est menée par l'intermédiaire de questionnaires et de sondages ou d'autres sources de données quantitatives.

Étude transversale : Une étude transversale est une étude au cours de laquelle un événement est observé chez un ensemble de sujets à un moment précis. Une étude transversale pourrait, par exemple, permettre d'évaluer la proportion de la population qui a été victime de mauvais traitements pendant l'enfance.

Expériences négatives ou adverses de l'enfance : Les expériences adverses de l'enfance font référence aux différents événements ou caractéristiques de la vie d'un enfant susceptibles d'influencer négativement son développement et sa trajectoire de santé à l'âge adulte. L'exposition à la violence conjugale, les mauvais traitements subis dans l'enfance et le fait d'avoir été placé dans plusieurs familles d'accueil en sont des exemples.

Facteur de protection : Un facteur de protection est une caractéristique liée à une personne, à son environnement, à sa culture ou à son mode de vie qui diminue la probabilité de développer une maladie, de souffrir d'un traumatisme ou d'être victime ou auteur de violence.

Facteur de risque : Un facteur de risque est une caractéristique liée à une personne, à son environnement, à sa culture ou à son mode de vie qui entraîne une probabilité plus élevée de développer une maladie, de souffrir d'un traumatisme ou d'être victime ou auteur de violence.

Genre : Le genre est un continuum d'auto-identification généralement entendu comme ayant deux pôles, l'un masculin et l'autre féminin. Toutes les nuances entre ces deux pôles ou à l'extérieur de ces deux pôles sont aussi possibles, personnelles et légitimes.

Identité de genre : L'identité de genre est l'expérience subjective du genre d'une personne, qui peut correspondre ou non à son sexe biologique ou assigné à la naissance. Ainsi, une personne peut s'identifier comme homme ou femme, ou encore se situer quelque part entre ces deux pôles, et ce, indépendamment de son sexe biologique.

LGBT : L'acronyme LGBT désigne les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles/transgenres/trans. Cet acronyme peut prendre des formes diverses selon les identités que l'on souhaite inclure. Un signe + ou un astérisque (*) placé à la fin de l'acronyme indique l'inclusion potentielle d'autres identités qui ne seraient pas déjà figurées par une lettre.

Incidence : L'incidence est la proportion des nouveaux cas de personnes affectées par une maladie, souffrant d'un traumatisme ou étant victime ou auteur de violence au sein d'une population pour une période de temps déterminée.

Méta-analyse : Une méta-analyse est une démarche statistique qui permet de synthétiser quantitativement les résultats d'études indépendantes ayant trait à une question de recherche bien précise. Cette synthèse des résultats est subséquente à une revue systématique. Elle fournit une meilleure estimation des effets d'une intervention que chacune des études prises indépendamment, et permet de réduire l'incertitude.

Minorités sexuelles ou de genre : Ces expressions réfèrent aux personnes et aux groupes minorisés en raison de leur corps ou de leur apparence corporelle, de conduites sexuelles, d'orientations sexuelles, d'identités de genre ou de filiations non conformes aux normes culturelles sur la sexualité et le genre, et donc exposés à la stigmatisation et à la discrimination.

Normes sociales : Les normes sociales renvoient aux règles de conduite et aux comportements attendus au sein d'un groupe social donné. Elles ont une influence sur le comportement individuel, notamment sur le recours à la violence. Elles peuvent protéger contre la violence, mais peuvent aussi la favoriser ou l'encourager. À titre d'exemple, la punition corporelle comme moyen utilisé dans l'éducation d'un enfant peut constituer une norme pour certains et favoriser l'adoption de comportements maltraitants.

Prévalence : La prévalence est la proportion des personnes affectées par une maladie, souffrant d'un traumatisme ou étant victime ou auteur de violence au sein d'une population à un moment donné. Certains auteurs utilisent également les termes « proportion de prévalence », « taux de prévalence » ou « prévalence relative » pour désigner la prévalence.

Revue systématique : Une revue systématique vise à rendre compte de l'ensemble des données empiriques à partir de l'identification, de l'évaluation et de la synthèse de toutes les publications disponibles correspondant à des critères d'admissibilité préétablis pour répondre à une question de recherche spécifique.

Taille de l'effet : La taille de l'effet est un indice numérique permettant de mesurer la force de la relation entre deux variables. Cette mesure est utilisée dans les méta-analyses.

Taux : Un taux permet d'établir un rapport entre le nombre de cas ou d'événements survenus au cours d'une certaine période (généralement par année) et la taille de la population dans laquelle ils se sont produits. Ce rapport est généralement calculé sur la base d'un dénominateur commun de 100 000 par an. Par exemple, si 1 236 infractions sont signalées à la police annuellement dans un territoire de 16 256 habitants, on obtient un taux de 0,08 infraction par 100 000 habitants par année. Un taux permet de comparer des territoires dont la population est de taille différente.

Introduction

Bien que le Québec soit généralement considéré comme un territoire sécuritaire, le portrait de la violence y est préoccupant, et ce, à tous les stades de la vie. En effet, les différentes données disponibles, notamment celles des directions de la protection de la jeunesse, du ministère de la Sécurité publique, du Bureau du coronar du Québec ou celles provenant d'enquêtes populationnelles menées à l'échelle du territoire, nous rappellent que le Québec connaît son lot de cas d'enfants maltraités, de femmes victimes de violence conjugale ou de personnes agressées sexuellement, pour ne citer que ceux-là. Ces problèmes de violence sont préoccupants en raison de leur fréquence et des souffrances humaines qu'ils provoquent tout au long de la vie des victimes (blessures physiques, problèmes de santé mentale et de santé reproductive, handicaps, décès prématurés), de même qu'en raison des répercussions qu'ils peuvent avoir sur les familles et sur les communautés.

Il a d'ailleurs été démontré que la violence fait peser un lourd fardeau sur l'économie globale [1]. Pour l'année 2004, le coût économique de la violence était évalué à l'échelle canadienne à 871 millions de dollars pour la violence interpersonnelle, et à 2 442 millions de dollars pour le suicide et les blessures auto-infligées [2]. Il est par ailleurs clairement établi que les victimes de violence en bas âge ont des problèmes de santé plus nombreux qui entraînent des dépenses de santé nettement plus élevées [1,3].

Depuis plusieurs décennies, le Québec multiplie les initiatives ayant pour but de contrer les différentes manifestations de la violence, ce qui démontre son engagement dans le domaine. Ainsi, des lois, des politiques et des plans d'action visant à prévenir le phénomène ou à venir en aide aux victimes et aux agresseurs ont été adoptés. Mentionnons notamment : en 1977, la Loi sur la protection de la jeunesse [4]; en 1988, la Loi sur l'aide aux victimes d'actes criminels [5]; en 1995, la Politique d'intervention en matière de violence conjugale [6] de même que les plans d'action qui ont suivi; en 2001, les Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle [7] et la Politique ministérielle en prévention de la criminalité [8]; en 2006, la politique gouvernementale pour l'égalité entre les hommes et les femmes [9]; en 2010, le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées [10]; et en 2015, le Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation 2015-2018 [11].

Ces initiatives gouvernementales sont venues encadrer l'action intersectorielle pour contrer les différentes manifestations de violence, et ont permis de soutenir la création d'un certain nombre de réseaux d'intervention, notamment dans le domaine de la violence conjugale, des agressions sexuelles, de la prévention du suicide ou de la maltraitance envers les aînés.

Des initiatives ont été déployées dans différents milieux, comme dans les écoles, pour contrer le risque d'agressions sexuelles chez les enfants, pour prévenir la violence ou l'intimidation, ou pour prévenir la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes. Des programmes ont été mis en place également dans les milieux sportifs pour promouvoir l'adoption d'attitudes et de comportements non violents chez les adeptes d'un sport, de même que dans les milieux de travail afin de lutter contre l'intimidation et le harcèlement. Le réseau de la santé et des services sociaux a, quant à lui, mis sur pied des programmes pour soutenir les familles et favoriser des relations harmonieuses et non violentes entre les parents et les enfants, pour favoriser les compétences personnelles et sociales des jeunes, et pour faciliter la détection précoce des situations de violence conjugale ou de maltraitance envers des personnes âgées. Des projets pour soutenir les groupes œuvrant dans ce domaine au niveau local ou régional et pour favoriser la concertation entre ces derniers sont également implantés.

Parallèlement, des groupes de recherche ont été mis sur pied pour développer les connaissances dans le domaine. Mentionnons, entre autres, les groupes impliqués dans le domaine de la maltraitance envers les enfants, de la violence faite aux femmes et de la violence conjugale, des agressions sexuelles, de la maltraitance envers les personnes âgées et du suicide.

Par ailleurs, l'implication de la santé publique dans le domaine de la violence s'est développée progressivement au cours des dernières décennies, et la violence est reconnue depuis 2003 comme un enjeu dans le Programme national de santé publique (PNSP). Cette implication s'est faite en conformité avec les orientations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui déclarait, en 1996, que la violence était un problème de santé publique prioritaire dans le monde [11]. C'est ainsi que le réseau de la santé publique du Québec est de plus en plus impliqué dans l'élaboration et la mise en place d'initiatives pour prévenir la violence. Cette implication se fait notamment par des collaborations avec une variété d'acteurs du réseau de soins, de la justice, de la sécurité publique, du réseau communautaire ou de la recherche.

Prises individuellement, ces initiatives sont porteuses et nécessaires. Mais c'est par leur intégration dans un continuum d'actions agissant à différents stades du parcours de vie et dans différents milieux de vie que l'impact sera le plus grand.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la production du présent rapport. Il a pour but de regrouper un contenu scientifique de qualité portant sur différentes formes de violence vécues au Québec. Il cherche en outre à faire ressortir les liens entre les diverses manifestations de la violence et les différentes approches à privilégier pour les prévenir.

Plus précisément, ce rapport a pour objectifs de :

- Caractériser l'ampleur de la violence au Québec, ses manifestations et les conséquences immédiates et à long terme de cette violence sur la santé;
- Décrire les facteurs de risque associés aux différents types de violence;
- Illustrer les liens entre les différents types de violence au Québec, à différents stades de la vie et dans différents milieux;
- Présenter les stratégies de prévention reconnues efficaces et adaptées à la réalité du Québec;
- Documenter les initiatives de prévention de la violence menées au Québec;
- Favoriser un transfert des connaissances sur les stratégies de prévention de la violence auprès des différents publics cibles.

Cet ouvrage de référence s'adresse aux décideurs des ministères, des organismes et des établissements qui doivent régulièrement établir des orientations stratégiques dans leur champ d'action respectif (santé, éducation, sécurité publique, loisirs et sports, etc.). Il s'adresse également aux intervenants œuvrant dans différents réseaux et qui cherchent à développer des actions préventives basées sur les données probantes et les bonnes pratiques. Il s'adresse enfin aux acteurs du milieu universitaire et scientifique (étudiants et chercheurs) dans l'acquisition et le transfert de nouvelles connaissances.

Afin d'atteindre les objectifs décrits précédemment, onze chapitres sont présentés. Le premier décrit les différents concepts et cadres d'analyse utilisés tout au long de ce rapport. Viennent ensuite cinq chapitres couvrant divers types de violence vécus à différents stades de la vie. Il y sera question de maltraitance envers les enfants, d'agressions sexuelles, de violence dans les relations amoureuses des jeunes, de violence conjugale et de maltraitance envers les personnes âgées. Quatre chapitres s'intéresseront ensuite à la violence rencontrée dans différents contextes ou milieux de vie, soit les écoles, le contexte sportif, le travail et la violence en milieu autochtone. Le dernier chapitre s'intéresse à la violence auto-infligée, plus particulièrement au suicide et aux comportements suicidaires. Ces sujets sont abordés non pas dans une perspective individuelle, mais dans une perspective populationnelle. Ainsi, chacun de ces chapitres présente

les éléments importants à considérer dans la définition du problème, son ampleur au Québec, ses principaux facteurs de risque et de protection, ses conséquences à court et à long terme sur la santé, et sur les expériences de violence vécues plus tard dans la vie. Les moyens efficaces ou prometteurs pour prévenir le problème, de même qu'une description sommaire des principales initiatives québécoises en la matière y sont également présentés. Enfin, une conclusion présente une analyse transversale du contenu des chapitres et fait ressortir les convergences entre les différents types de violence au regard des facteurs causaux et des moyens de prévention. Quelques orientations à privilégier pour le Québec y seront également mises en relief.

Ce rapport a mis à contribution une variété d'experts provenant du monde de la recherche et des réseaux institutionnels. Il constitue une occasion d'enrichir les liens et les collaborations entre ces derniers, et de se donner une vision globale et partagée du phénomène de la violence au Québec. En conformité avec les positions adoptées par les différents organismes internationaux, tels que l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation des Nations Unies, il constitue également un moyen pour qu'on attribue à ce dossier la place prioritaire qui lui revient au sein des institutions québécoises.

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé, 2014.
- [2] SAUVE-QUI-PENSE. *Le fardeau économique des blessures au Canada*. Toronto : SAUVE-QUI-PENSE, 2009.
- [3] 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
- [4] Gouvernement du Québec. *Loi sur la protection de la jeunesse*. 2016.
- [5] Gouvernement du Québec. *Loi sur l'aide aux victimes d'actes criminels*. 1988.
- [6] Gouvernement du Québec. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer*. Québec : Gouvernement du Québec, 1995.
- [7] Gouvernement du Québec. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.
- [8] *Politique ministérielle en prévention de la criminalité. Pour des milieux de vie plus sécuritaires*. Québec : Service de prévention de la criminalité, ministère de la Sécurité publique, 2001.
- [9] Secrétariat à la condition féminine. *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait. Politique gouvernementale*. Québec : Secrétariat à la condition féminine, 2006.
- [10] Gouvernement du Québec. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. 2010.
- [11] Gouvernement du Québec. *Ensemble pour contrer l'intimidation. Une responsabilité partagée. Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation 2015-2018*. 2015.

Chapitre 1

Vers une perspective intégrée
en prévention de la violence

Julie Laforest

Dominique Gagné

Louise Marie Bouchard

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

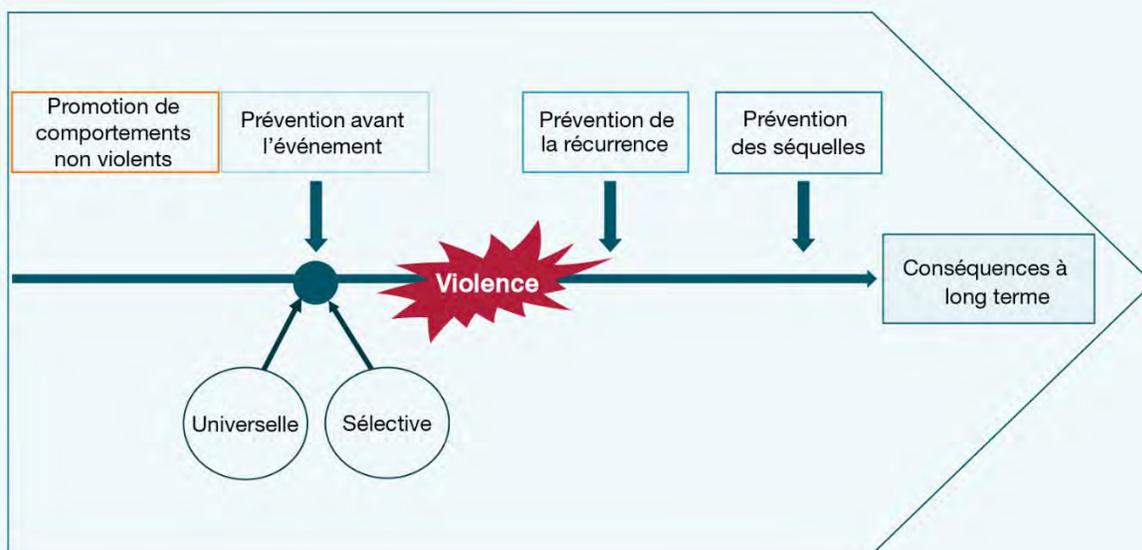
Types de violence	En fonction : <ul style="list-style-type: none"> ■ Du groupe envers qui la violence est dirigée (ex. : enfants, Autochtones); ■ De la nature de la relation entre les personnes impliquées, c'est-à-dire le lien entre elles (ex. : conjugale, relations amoureuses); ■ Du milieu dans lequel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

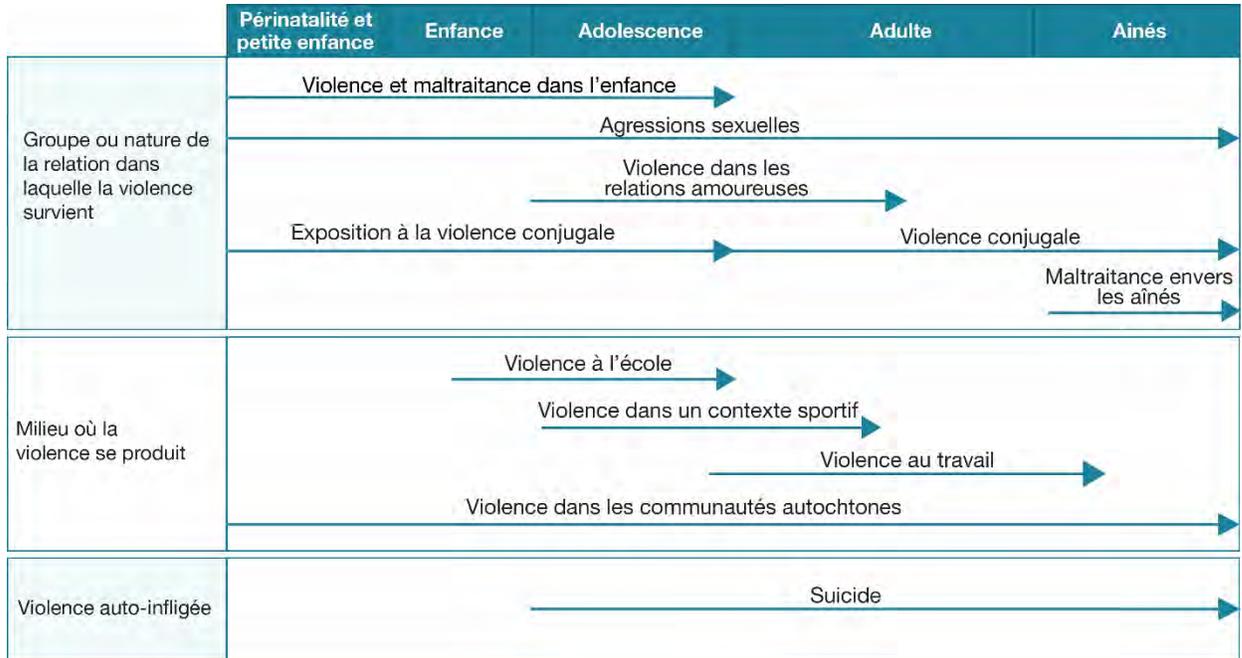
Figure 1 Continuum des interventions de prévention de la violence et de ses conséquences



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.

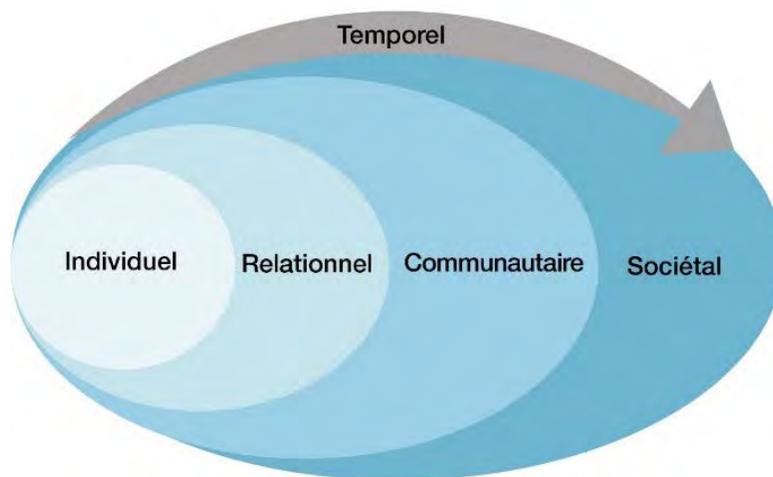
Figure 2 Types de violence abordés dans le rapport, selon les stades de la vie



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)¹. 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.

¹ 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

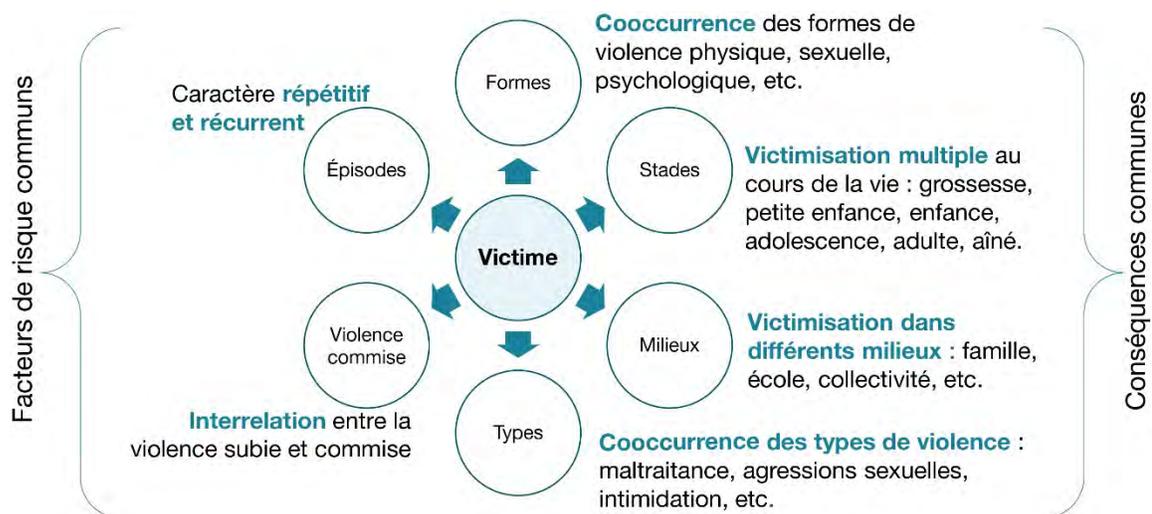
Le cumul réfère aux effets sur la santé de la combinaison de multiples expositions, tant positives que négatives, tout au cours de la vie [4]. L'effet cumulatif peut être additif ou multiplicateur [7]. Dans une perspective des parcours de vie, les effets cumulatifs sont examinés en intégrant une dimension 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)². 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].

² 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]³. 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 gènes⁴ [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].

³ 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].

⁴ 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 violence⁵ 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.

⁵ 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
- [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^{es} 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 (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
- [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.

Chapitre 2

La violence et la maltraitance envers les enfants

Marie-Ève Clément

Marie-Hélène Gagné

Sonia Hélie

Messages clés

- La maltraitance englobe toutes les formes de négligence, de violence ou d'abus susceptibles de nuire à l'intégrité physique et psychologique et au développement de l'enfant. Il s'agit à la fois d'actes omis ou d'actes commis.
- Au Québec, la forme de maltraitance la plus souvent confirmée par les services de protection de l'enfance est la négligence. Elle est suivie de l'exposition à la violence conjugale, de l'abus physique et enfin, des mauvais traitements psychologiques.
- La punition corporelle est une pratique parentale à caractère violent. La prévalence annuelle de la punition corporelle montre une tendance à la baisse au Québec. En 2012, un tiers des enfants Québécois y a été exposé.
- Les effets à court et à long terme de la maltraitance sur la santé mentale et physique ainsi que sur le développement cognitif et neurobiologique sont importants et ce, peu importe la forme.
- La prévalence et les répercussions de la violence et de la maltraitance envers les enfants confirment la nécessité de déployer des stratégies de prévention au Québec.
- Pour prévenir la maltraitance, la mise en place de conditions propices à de saines relations parent-enfant est à privilégier afin que, de la naissance à l'adolescence, le plus grand nombre d'enfants possible puissent grandir au sein d'une famille exempte de dynamiques coercitives, violentes, abusives ou négligentes.
- Parmi les stratégies préventives, les programmes de visites à domicile et de développement des habiletés destinées à soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle comptent parmi les plus utilisées et les plus probants en termes d'efficacité pour prévenir la maltraitance.
- La création d'environnements favorables aux familles par des moyens économiques, médiatiques, légaux et éducatifs est nécessaire à la prévention de la violence et de la maltraitance, car elle permet de limiter les irritants dans la vie familiale et générer un climat social et communautaire bienveillant pour les parents et les enfants.

La violence et la maltraitance comme problème de santé publique

L'intérêt scientifique pour la maltraitance envers les enfants n'est pas récent. Les premiers écrits pédiatriques perses datant de l'an 900 relataient déjà des cas d'abus physique et sexuel. À travers les siècles, de manière plus ponctuelle, on retrouve d'autres cas répertoriés dans les ouvrages médicaux [1]. Puis, au XIX^e siècle, Ambroise Tardieu, un médecin français, tente de faire reconnaître pour la première fois à la communauté scientifique l'ampleur des différentes formes que peut prendre la maltraitance infantile [2]. Or, les mœurs de l'époque, qui considéraient les problèmes familiaux comme du domaine privé et les enfants comme des objets de droit – sur lesquels les adultes détiennent des droits –, n'étaient pas propices à faire reconnaître cette réalité comme un problème social. Il faudra attendre le XX^e siècle pour que la maltraitance soit considérée comme un problème nécessitant la mise en place de services spécifiques. Cette reconnaissance est officiellement attribuée à Henry Kempe avec la parution du livre sur le syndrome de l'enfant battu en 1962 [3]. Elle survient dans un contexte alors marqué par la reconnaissance des enfants comme sujets de droit avec la Déclaration des droits de l'enfant de 1959, précurseuse de la Convention internationale des droits de l'enfant adoptée par l'Organisation des Nations Unies en 1989, par l'essor des nouvelles approches de pédagogie prônées, entre autres, par Montessori, Berge et Spock [4], ainsi que par le mouvement d'émancipation des femmes qui dénonçaient de plus en plus publiquement la violence familiale [5].

À partir de ce moment, la maltraitance envers les enfants est devenue un sujet d'étude et de préoccupation qui a progressivement mené à la production d'un large bassin de connaissances, à l'élaboration de lois et de politiques et à la création de services préventifs à visée universelle, sélective et indiquée (voir tableau 7). Le développement des connaissances a permis de rendre compte non seulement de l'ampleur des différentes manifestations d'abus et de négligence et de leur complexité étiologique, mais aussi de leurs impacts sur le développement des enfants, menant la communauté scientifique à identifier la maltraitance envers les enfants comme un réel problème de santé publique [6–8]. Au Québec plus particulièrement, c'est la publication du rapport Bouchard [9] qui a permis de mettre à l'agenda des préoccupations politiques la prévention de l'abus et de la négligence envers les enfants. En 1992, la Politique de la santé et du bien-être (PSBE) reconnaissait l'importance du problème de la violence et de la négligence envers les enfants, et proposait d'en réduire l'incidence durant les 10 ans suivant sa publication. Cette préoccupation a ensuite été réitérée dans le cadre des priorités du Programme national de santé publique en 1997 (1997-2002) [10], puis en 2003 (2003-2012) [11]. Depuis, le Programme national de santé publique ne reconnaît plus explicitement la maltraitance comme un problème sociosanitaire et ne formule pas d'objectif préventif en lien avec ce problème, mais adopte davantage une stratégie globale de développement des enfants et des jeunes [12].

Définitions et enjeux conceptuels

La maltraitance envers les enfants

La maltraitance est un concept générique qui englobe toutes les formes de négligence, de violence ou d'abus susceptibles de nuire à la sécurité et à l'intégrité physique et psychologique de l'enfant. Il s'agit à la fois d'actes omis, c'est-à-dire de l'absence de réponse aux besoins d'ordre physique, psychologique et social de l'enfant, et d'actes commis, c'est-à-dire dirigés directement ou indirectement contre celui-ci. Ces actes peuvent également donner lieu à une intervention des services de protection de la jeunesse en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)¹. Il faut noter que la violence sexuelle, même si elle constitue un motif de compromission prévu dans cette loi, n'est pas considérée dans le présent chapitre (voir chapitre 3).

Au Québec, les modifications apportées à la LPJ et entrées en vigueur 2007 ont permis de mieux définir les diverses formes de maltraitance à partir des travaux de recherche dans le domaine. Ainsi, l'article 38 de la LPJ précise les situations qui compromettent la sécurité ou le développement d'un enfant, incluant l'abandon, la négligence physique (omission de répondre aux besoins alimentaires, vestimentaires, d'hygiène ou de logement), la négligence sanitaire (omission ou risque sérieux d'omission de procurer les soins de santé physique ou mentale nécessaire), la négligence éducative (omission ou risque sérieux d'omission de fournir une surveillance ou un encadrement nécessaire pour assurer la scolarisation), les mauvais traitements psychologiques (lorsque l'enfant subit de façon grave ou continue des comportements tels que l'indifférence, le dénigrement, le rejet affectif, l'isolement, les menaces, l'exploitation et l'exposition à la violence conjugale), et l'abus physique (lorsque l'enfant subit ou encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels, ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables) [13].

La violence envers les enfants

La notion de méthodes « déraisonnables » pour qualifier les situations d'abus physique est importante puisqu'elle départage, au Québec et au Canada, les conduites de punitions corporelles des conduites abusives qui nécessitent un signalement à la protection de la jeunesse, même si cela est sujet de controverse dans la communauté scientifique [14,15]. L'article 43 du Code criminel canadien², dont la Cour suprême a récemment réitéré le caractère constitutionnel [16], présente des critères qui encadrent la notion de « force raisonnable », au cœur même de la définition des punitions corporelles. Par exemple, la force est considérée raisonnable lorsque : elle est utilisée à l'endroit des enfants âgés entre 2 ans et 12 ans; les enfants peuvent en tirer une leçon; elle n'implique pas d'objets ni de gifles ou de coups portés à la tête; elle n'est pas dégradante, cruelle ou préjudiciable; lorsqu'elle est légère et qu'elle a un effet transitoire et insignifiant; et qu'elle ne résulte pas de la frustration, de l'emportement ou du tempérament violent du parent [15]. Ces critères sont toutefois difficiles à appliquer considérant que les enfants de moins de 2 ans sont parmi ceux les plus souvent victimes de punitions corporelles [17], que la frustration du parent est souvent l'élément déclencheur de la punition corporelle et qu'il est difficile, voire impossible, de juger du caractère léger et transitoire de celle-ci [18]. D'ailleurs, pour plusieurs, le fait de considérer constitutionnel le recours à la force raisonnable dans l'éducation des enfants entraîne des confusions tant juridiques [19], cliniques [20] que citoyennes; la population étant encline à croire que puisqu'il s'agit d'une pratique légitime, elle est donc bénéfique pour l'enfant [14].

¹ « Pour l'application de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux. » Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., chapitre P-34.1.

² « Tout instituteur, père ou mère, ou toute autre personne qui remplace le père ou la mère, est fondé à employer la force pour corriger un élève ou un enfant, selon le cas, confié à ses soins, pourvu que la force ne dépasse pas la mesure raisonnable dans les circonstances. »

Afin de pallier cette dichotomie entre pratiques raisonnables et déraisonnables, plusieurs chercheurs adoptent une perspective de tolérance zéro. Toute punition corporelle est ainsi considérée comme une forme de violence sur la base du fait que même les pratiques courantes, telles qu'une fessée, portent atteinte aux droits fondamentaux des enfants [20,21] et peuvent s'avérer dommageables pour leur développement [22–24]. Cette posture ne fait toutefois pas l'unanimité dans la communauté scientifique en raison notamment des biais à la validité interne qui rendent difficile, voire impossible, l'établissement d'un lien de causalité entre les punitions corporelles et le développement ultérieur des enfants [25,26].

Outre la considération des conséquences sur le développement des enfants comme motif pour déterminer la nature violente des actes commis ou omis, de nombreux chercheurs ont préconisé une approche conceptuelle de la violence axée sur un continuum de gravité, allant des pratiques parentales positives aux pratiques violentes ou abusives, toutes formes confondues – qu'il s'agisse de violence physique, de négligence ou de maltraitance psychologique [27–31]. Or, dans cette perspective d'un continuum, la ligne est parfois mince entre ce que l'on considère comme étant de la discipline et ce qu'on considère comme étant de la violence [18,32], ou entre la réponse adéquate aux besoins de l'enfant et la négligence [33]. Pour cela, différents critères pour statuer sur la gravité ou la chronicité des situations ont été proposés. On retrouve notamment l'âge de l'enfant au premier incident, la persistance, la durée, la fréquence et la récurrence des épisodes de négligence ou de violence [34–36], le cumul des risques familiaux [37] et la cooccurrence des diverses formes de maltraitance [38–40].

Notions de cooccurrence et de violence multiple

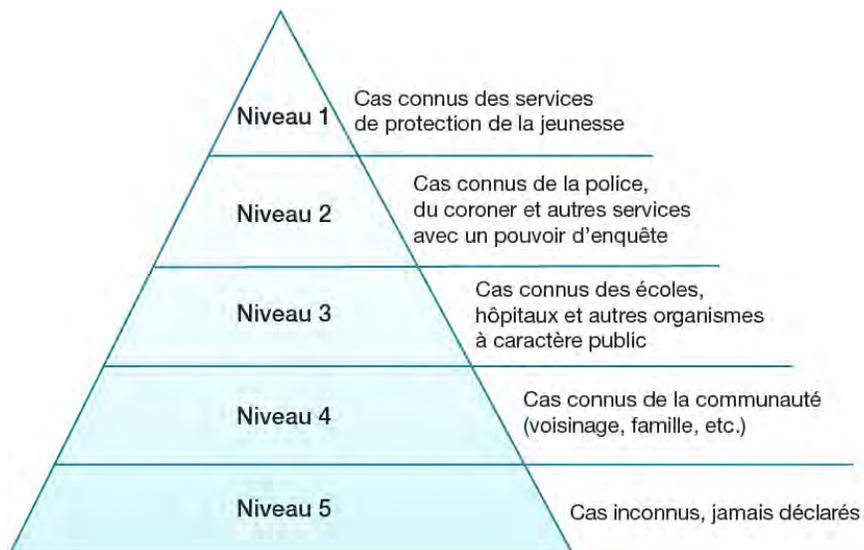
Relativement récente, la notion de cooccurrence, ou de violence multiple, provient du constat à l'effet que les enfants sont rarement victimes d'une seule forme de mauvais traitement dans la famille [39,41–44], et qu'il existe des liens étroits entre la violence parentale et la violence conjugale [45,46]. Dans la même veine, il existe tout un pan de recherches qui s'est intéressé à documenter la trajectoire de victimisation des enfants, que ce soit à l'intérieur même de la famille [47–49], entre autres par la récurrence des signalements à la protection de la jeunesse [50–53], ou à l'extérieur de la famille par l'étude des liens avec d'autres types de victimisation, dont la violence communautaire [54], la violence sexuelle, les voies de fait [47] ou la violence dans les relations amoureuses [55]. Ces différents constats ont mené à une conceptualisation de la maltraitance qui est ainsi passée d'une vision cloisonnée par formes et par types à une vision plus holistique, d'où le développement du concept de polyvictimisation afin de désigner les enfants ayant vécu plusieurs formes de victimisation distinctes dans différentes sphères de leur vie (familiale, scolaire, communautaire) [56,57]. La considération de la cooccurrence des différentes formes et types de violence envers les enfants est désormais incontournable; les études montrant que les expériences de violence multiples vécues par les enfants et les adolescents sont davantage la norme plutôt que l'exception, et que l'accumulation de victimisations entraîne davantage de conséquences sur l'enfant que leurs formes individuelles [58–60]. Pour la plupart des enfants victimes, la maltraitance doit ainsi être considérée comme une condition de vie plutôt qu'un événement ponctuel.

Ampleur selon les sources de données

Les études épidémiologiques ont eu recours à diverses sources de données pour documenter l'ampleur et l'évolution des différentes formes de maltraitance [61]. Présentées sous la forme d'un iceberg, ces sources de données permettent de documenter la problématique selon le niveau d'identification de la situation (voir figure 1). Au premier niveau, on retrouve les études qui documentent l'ampleur de la maltraitance à partir des cas connus des services de protection de la jeunesse, c'est-à-dire tous les signalements évalués et jugés comme étant fondés. Ces situations, désignées comme « la pointe de l'iceberg », concernent les cas les plus sévères évalués par les intervenants sociaux à la protection de la jeunesse. Au deuxième niveau, on retrouve les études qui documentent le phénomène du point de vue des professionnels avec un pouvoir d'enquête, tels que les corps policiers et les tribunaux, qui sont interrogés afin de documenter l'ampleur des situations. Les études classées au troisième niveau documentent, quant à elles, les cas de violence envers les enfants à partir des cas connus des professionnels sans pouvoir d'enquête, comme ceux étant en contact avec des

familles issues d'établissements tels que les écoles ou les hôpitaux. Enfin, au quatrième niveau, on retrouve les cas de violence documentés dans la population générale et qui ne sont pas toujours connus ni des professionnels, ni des services de protection de la jeunesse. Deux approches sont adoptées dans le cadre de ces études; soit elles questionnent directement les parents ou les enfants sur leur vécu actuel à titre d'agresseurs ou de victimes, soit elles questionnent des adultes sur leur vécu de violence dans l'enfance.

Figure 1 Niveau de reconnaissance épidémiologique de la maltraitance et de la violence envers les enfants



Source : Adapté de Sedlak et collab. (2010) [62].

Bien que les études réalisées avec les données des services de protection ne contrôlent pas toujours la récurrence et la duplication des cas rapportés [63], la mesure qu'elles documentent s'apparente généralement à l'incidence, puisqu'il s'agit de tous les cas de mauvais traitements nouvellement signalés aux autorités ou identifiés par les professionnels au cours d'une période donnée [64]. Dans les études populationnelles, la mesure de l'ampleur est le plus souvent désignée comme de la prévalence puisque les schèmes transversaux utilisés rendent difficile l'établissement du caractère de nouveauté des situations déclarées. Deux périodes de temps sont généralement liées à l'estimation de la prévalence dans ces études, soit la prévalence annuelle, qui estime la proportion d'enfants victimes au cours d'une année, ou la prévalence à vie, qui estime la proportion d'individus victimes dans leur enfance [65].

Données recueillies auprès des services de protection

Le Québec figure parmi les rares endroits dans le monde où sont réalisées périodiquement des études d'incidence auprès des services de protection afin de documenter non seulement la fréquence, mais aussi la nature et la sévérité des situations connues de ces services. Les gouvernements étatsunien et australien publient chaque année des statistiques annuelles à partir des données administratives consignées dans leurs systèmes d'information, mais ces données offrent généralement peu de renseignements sur la sévérité des cas, le profil psychosocial des enfants maltraités et les caractéristiques de leur milieu de vie. À notre connaissance, seules deux études, réalisées périodiquement aux États-Unis et aux Pays-Bas, vont au-delà des données administratives en interrogeant les professionnels des services de protection et ceux travaillant dans d'autres secteurs de services [62,66].

L'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse (ÉIQ) a été réalisée environ aux cinq ans depuis 1998 [67–71]. Elle est financée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par les deux instituts universitaires dans le domaine de la jeunesse et par l'Agence de la santé publique du Canada. L'objectif principal de ces études est de produire des estimations fiables du nombre d'enfants québécois qui sont signalés et reconnus par les services comme étant en besoin de protection durant l'année ciblée. Elle vise également à : 1) décrire la nature et la sévérité des situations, notamment en ce qui a trait aux blessures physiques et aux séquelles psychologiques, de même que les caractéristiques des enfants et de leur milieu de vie, et certaines décisions rendues à court terme dans le processus de protection; 2) examiner l'évolution de l'incidence dans le temps; et 3) comparer la situation avec celle qui prévaut dans d'autres juridictions ayant des systèmes de protection similaires. À chacun des cycles de l'ÉIQ, un échantillon représentatif des enfants signalés entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre et dont la situation est retenue pour évaluation est constitué. Les intervenants ayant la responsabilité d'évaluer ces signalements en vertu de la LPJ doivent remplir le formulaire d'enquête de l'ÉIQ au terme du processus d'évaluation. Jusqu'à trois formes de maltraitance peuvent être documentées grâce à ce formulaire. Les autres dimensions documentées font partie des renseignements habituellement colligés par les intervenants dans le cadre de leurs fonctions, et ne nécessitent pas de collecte d'information additionnelle auprès des enfants et de leur famille. Les données ainsi recueillies sur une fenêtre de trois mois sont annualisées de manière à estimer la proportion d'enfants québécois, connus des services de protection, ayant subi des mauvais traitements durant l'année ciblée.

D'un cycle à l'autre de l'ÉIQ, des changements ont été apportés à la procédure de collecte de données et au formulaire d'enquête, dans la perspective d'améliorer l'étude tout en conservant le maximum de comparabilité avec les cycles antérieurs. Le tableau 1 présente les particularités des différents cycles de l'ÉIQ.

Tableau 1 Particularités des différents cycles de l'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse (ÉIQ)

	ÉIQ-1998 [70]	ÉIQ-2003 [71]	ÉIQ-2008 [67,69]	ÉIQ-2014 [68]
Nombre de Centres jeunesse participants	16/16	9/16	16/16	16/16
Période de collecte	1 ^{er} octobre au 31 décembre 1998	1 ^{er} octobre au 31 décembre 2003	1 ^{er} octobre au 31 décembre 2008	1 ^{er} octobre au 31 décembre 2014
Nombre de situations évaluées	4 929	4 433	3 079	4 011
Instrument	Formulaire d'enquête papier-crayon	Extraction des données du système informatisé PIJ	Formulaire électronique intégré au système d'information PIJ	Formulaire électronique interactif (Web), indépendant du système d'information PIJ
Comparaison dans le temps	Possible	Impossible	Possible	Possible

Le tableau 2 présente l'évolution dans la fréquence des formes de maltraitance jugées fondées par les services de protection du Québec. La forme de maltraitance la plus souvent confirmée est la négligence, et ce, peu importe l'année visée par l'étude. En 2014, on estime que 4,0 enfants pour mille dans la population québécoise étaient connus des services de protection comme étant victimes de négligence [68]. Toutefois, cette forme de maltraitance a diminué considérablement depuis 1998, où elle atteignait 5,6 enfants pour mille [67,68]. L'exposition à la violence conjugale, qu'elle soit de nature physique ou psychologique, arrive au second rang en 2014, avec 3,2 enfants pour mille. Contrairement à la négligence, cette problématique est en apparente augmentation depuis 1998. L'abus physique a connu une augmentation entre 1998 et 2014 (passant de 1,9 à 2,9 pour mille). Les mauvais traitements psychologiques, qui concernaient 1,3 enfant pour mille en 1998, ont augmenté pour atteindre 1,6 enfant pour mille en 2014 [67–69]. Ces tendances doivent être interprétées avec nuance, considérant la multitude de facteurs qui peuvent y contribuer (voir section *Mise en contexte des données de fréquence* pour plus de détails).

Par ailleurs, l'évolution dans certaines caractéristiques des mauvais traitements jugés fondés, toutes formes confondues, suggère une diminution dans la sévérité de la maltraitance connue des services (tableau 3). Que ce soit sur le plan des blessures physiques, des séquelles psychologiques, de la cooccurrence des formes de maltraitance ou de la durée des mauvais traitements au moment du signalement (incidents isolés ou répétés), on observe une diminution des taux d'enfants concernés entre 1998 et 2014. Depuis 2008, les blessures ont continué de diminuer en fréquence, mais le taux d'enfants qui vivent la maltraitance de manière répétée a augmenté, passant de 8,1 à 9,7 pour mille, de même que le taux d'enfants présentant des séquelles psychologiques, passant de 3,3 à 3,7 pour mille [68].

Tableau 2 Incidence de la maltraitance jugée fondée par les services de protection du Québec en 1998, 2008 et 2014

	1998 ‰	2008 ‰	2014 ‰
Mauvais traitements psychologiques	1,3*	1,8	1,6*
Abus physique	1,9*	2,8	2,9*
Négligence	5,6*	3,4*	4,0*
Exposition à la violence conjugale	1,2*	2,6*	3,2*

Test z pour la différence de proportion en 1998 (1998 par rapport à 2008), en 2008 (2008 par rapport à 2014) et en 2014 (1998 par rapport à 2014).

* $p \leq 0.000001$.

Sources : Études d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse, 2008 et 2014 [67–69].

Tableau 3 Sévérité de la maltraitance jugée fondée par les services de protection du Québec en 1998, 2008 et 2014

	1998 ‰	2008 ‰	2014 ‰
Cooccurrence de plusieurs formes de maltraitance	4,4*	2,6	2,5*
Présence de blessure physique liée à la maltraitance	2,1*	1,5*	1,2*
Présence de séquelle psychologique liée à la maltraitance	6,6*	3,3*	3,7*
Chronicité de la maltraitance (incidents répétés)	10,4*	8,1*	9,7*

Test z pour la différence de proportion en 1998 (1998 par rapport à 2008), en 2008 (2008 par rapport à 2014) et en 2014 (1998 par rapport à 2014)

* $p \leq 0.000001$.

Sources : Études d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse, 2008 et 2014 [67–69].

Données issues des enquêtes populationnelles

Au Québec, il existe peu d'études épidémiologiques en maltraitance réalisées au deuxième et troisième niveau, c'est-à-dire auprès des professionnels avec ou sans pouvoir d'enquête. Quelques exercices d'exploitation de données administratives policières québécoises ont bien été réalisés, mais celles-ci demeurent limitées quant à la validité et à la fiabilité des indicateurs de violence envers les enfants qu'elles contiennent [72]. Des exercices d'analyses des dossiers du coroner sur les cas de commission de filicide ont aussi été réalisés au Québec, mais cela concerne uniquement les cas extrêmes de maltraitance [73,74]. Enfin, il y a 15 ans, une étude de faisabilité avait aussi été menée auprès des enseignants du primaire pour documenter l'ampleur de la maltraitance [75], mais aucune suite n'a été donnée. En revanche, le Québec dispose depuis 20 ans de plusieurs enquêtes populationnelles qui ont permis de rendre compte de l'ampleur et de l'évolution de la violence à l'endroit des enfants selon un continuum de gravité. Ces enquêtes présentent plusieurs avantages, dont la représentativité des échantillons et l'inclusion des pères, l'inclusion d'un large éventail d'indicateurs de violence documentés auprès de parents, dont les attitudes parentales, permettant de dresser un portrait global et représentatif des dynamiques familiales associées à la violence. Elles se distinguent des enquêtes québécoises réalisées auprès des adultes de la population générale qui portent sur l'estimation de l'ampleur de diverses formes de violence vécue dans l'enfance, le plus souvent à partir d'une seule question [76,77].

La première étude d'importance a été réalisée sous forme d'entrevues face à face auprès d'un sous-échantillon de 812 personnes représentant des figures maternelles d'enfants âgés entre 3 ans et 17 ans, tiré des répondants à l'Enquête sociale et de santé, financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 1992 [78]. Bien que cette première étude provinciale n'ait pas permis de joindre un échantillon représentatif de familles, l'examen des données a démontré l'importance d'une telle enquête en contexte québécois et la validité de la traduction et de l'adaptation française de l'instrument *Conflict Tactics Scales* pour documenter le recours à la violence parentale [78-80], devenu par la suite le *Parent-Child Conflict Tactics Scales* (PCCTS) [81]. Sur le plan international, cet instrument est le plus souvent utilisé dans l'étude de la violence intrafamiliale. C'est celui qui a été choisi et adapté dans le cadre des enquêtes populationnelles réalisées au Québec.

À la suite de cette première expérience, deux enquêtes provinciales ont suivi à cinq ans d'intervalle. Représentatives de l'ensemble des ménages québécois ayant au moins un enfant mineur, elles ont été réalisées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) afin de documenter la prévalence de la violence envers les enfants auprès de 2469 figures maternelles en 1999, et de 3 148 figures maternelles et de 953 figures paternelles en 2004. Pour ces deux enquêtes, la collecte de données a été menée par une firme de sondage à l'aide d'entrevues téléphoniques assistées par ordinateur [82,83].

La troisième enquête, réalisée en 2012, a permis de joindre, pour sa part, 4 029 figures maternelles et 1 342 figures paternelles vivant avec au moins un enfant âgé entre 6 mois et 17 ans. Cette troisième enquête a été réalisée suivant la même procédure que les précédentes, à l'exception du recours aux listes de la Régie des rentes du Québec (RRQ; programme de soutien aux enfants de la province) pour la création de la base de sondage [84]. Contrairement aux deux enquêtes précédentes, les enfants âgés de moins de 6 mois ont été exclus en raison d'une moins bonne couverture par la base de sondage (ex. : délais d'inscription à la RRQ). Or, des analyses ont permis de montrer que le changement de base de sondage n'affecte pas les analyses de comparaison entre les trois enquêtes au regard des conduites parentales déclarées. À noter que même si des pères ont répondu aux enquêtes de 2004 et de 2012, les taux de prévalence annuelle estimés à l'aide du PCCTS sont présentés, à ce jour, uniquement à partir des déclarations des figures maternelles pour des raisons de comparabilité avec la première enquête. Une autre particularité de ces enquêtes est d'avoir questionné les répondantes sur les conduites commises à l'endroit d'un enfant par l'ensemble des adultes du ménage; il est donc impossible d'inférer aux figures maternelles la violence rapportée [84].

Tableau 4 Prévalence de la violence familiale envers les enfants au Québec en 1999, 2004 et 2012

	1999 %	2004 %	2012 %
Agression psychologique	78,5	79,6	80,2
Agression psychologique répétée	48,1*	52,4*	49,1
Punition corporelle	47,7*	42,9*	34,7*
Violence physique sévère	6,5	6,3	5,6
Négligence			
Enfants 6 mois-4 ans	--	--	25,9
Enfants 5-9 ans	--	--	29,4
Enfants 10-15 ans	--	--	20,6
Exposition à des conduites de violence conjugale	--	--	27,0
Cooccurrence (agression psychologique et punition corporelle)	38,5*	35,2*	28,8*
Cooccurrence (agression psychologique, punition corporelle et violence physique sévère)	5,6	4,9	4,2**

Test z pour la différence de proportion en 1999 (1999 par rapport à 2004), en 2004 (2004 par rapport à 2012) et en 2012 (1999 par rapport à 2012).

* $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.05$.

Sources : Institut de la statistique du Québec, La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012 – Les attitudes parentales et les pratiques familiales [84].

Les taux d'agression psychologique sont similaires dans les trois enquêtes avec environ 80 % des enfants victimes annuellement (tableau 4). Comme les pratiques de crier ou de sacrer après un enfant sont encore courantes au Québec, un indicateur de sévérité a été créé afin de mesurer leur recours répété au cours d'une année (trois fois ou plus). À cet effet, les résultats montrent que la proportion d'enfants qui ont vécu l'agression psychologique de façon répétée était de 49,1 % en 2012, un écart non significatif avec les données de l'enquête de 1999 (48,1 %) et une diminution légèrement significative par rapport à 2004 (52,4 %). Lorsque chaque conduite est analysée séparément, on observe que seules les conduites d'insultes et les menaces de fessée dirigées ont diminué entre 2004 et 2012 [17].

En ce qui concerne les taux de prévalence annuelle de la punition corporelle, les données montrent que la tendance à la baisse dégagée entre 1999 et 2004 s'est poursuivie en 2012 [85]. Alors que les enfants la subissaient dans une proportion de 47,7 % en 1999, ils étaient 42,9 % à la subir en 2004, puis 34,7 % en 2012. Les données des trois enquêtes n'ont pas montré de différences significatives dans la survenue de la violence physique sévère, forme de violence considérée assez sévère qu'elle pourrait être comparable à l'abus physique tel que défini dans la LPJ. En effet, les taux de prévalence sont restés stables avec environ 6 % des enfants victimes dans les trois enquêtes.

L'enquête de 2012 a permis, pour la première fois, d'estimer l'ampleur des conduites de négligence parentale et de l'exposition des enfants à des conduites violentes entre conjoints dans la population générale québécoise. Concernant la négligence, les taux ont été estimés à l'aide de la traduction française de la version brève de l'Échelle multidimensionnelle des conduites de négligence parentale [86], pour laquelle chaque forme (émotionnelle, cognitive, surveillance et physique) est documentée par la fréquence estimée (variant de *jamais* à *tout le temps*) de diverses situations que peut vivre l'enfant (ex. : « Manquer de nourriture à la maison pour l'enfant », « Un parent accorde de l'importance aux travaux scolaires ») et qui varient selon la catégorie d'âge de l'enfant [87]. Les taux de prévalence annuelle de négligence, toutes formes confondues, varient de 20,6 % à 29,4 % selon l'âge des enfants (tableau 4). À noter toutefois que cet instrument comporte de nombreuses limites qu'il importe de considérer, dont la formulation de certaines questions qui semblent moins bien adaptées au contexte québécois [88]. Enfin, en ce qui concerne l'exposition à des conduites violentes entre conjoints, mesurée à l'aide de l'adaptation d'items tirés du *Juvenile Victimization Questionnaire* [89], ce sont un peu plus du quart (27 %) des enfants qui ont été exposés à de la violence de nature verbale, psychologique ou physique entre leurs parents ou entre un parent et son partenaire au cours de l'année [84].

Mise en contexte des données de fréquence

Au Québec, les trois premiers cycles de l'ÉIQ ont pris place dans le cadre de l'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants* (ÉCI), une initiative pancanadienne où chaque province et territoire poursuivait les mêmes objectifs avec une méthodologie comparable. Ainsi, des données comparatives sont disponibles pour l'ensemble du Canada et pour d'autres provinces [90–96]. Ces données révèlent que les taux de négligence, de maltraitance psychologique et d'exposition à la violence conjugale observés au Québec sont en deçà de ceux observés en Ontario et en Alberta, alors que les taux d'enfants québécois maltraités physiquement sont plus élevés que ceux rapportés dans ces deux autres provinces [91,93]. En dehors du Canada, les rares estimations d'incidence de la maltraitance connue des services de protection sont dérivées de l'analyse secondaire de données administratives. Ces analyses indiquent que depuis les deux ou trois dernières décennies, la plupart des formes de maltraitance sont en décroissance aux États-Unis [97], alors que dans d'autres pays comme la Suisse, l'Angleterre, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, les résultats tendent plutôt vers une stabilisation dans la plupart des taux d'incidence mesurés [98].

Bien que les systèmes de protection des provinces canadiennes, des États-Unis et de l'Australie partagent des points communs, les différences observées entre les taux doivent être interprétées avec prudence [99]. Plusieurs facteurs peuvent contribuer aux tendances observées dans l'incidence de la maltraitance connue des services de protection, notamment les changements dans les pratiques, la définition des formes de maltraitance, la structure organisationnelle des établissements, la démographie, l'accès aux ressources de première ligne, la législation et la prévention. Les particularités du système québécois, telles que l'inclusion des troubles de comportement sérieux du jeune comme un motif de compromission pouvant justifier l'intervention des services de protection, de même que la présence d'une étape de présélection systématique des signalements visant entre autres à rediriger vers d'autres ressources les situations qui ne répondent pas aux critères de la LPJ, doivent être prises en considération dans l'interprétation des tendances.

Sur le plan populationnel, les taux de prévalence annuelle de violence physique et psychologique examinés en fonction de l'âge des enfants [17] sont similaires à ceux rapportés dans les plus récentes études canadiennes [100] et américaines [101–104]. En outre, la diminution observée au sujet du recours à la punition corporelle au Québec suit la même tendance que ce qui est observé au Canada [232] et aux États-Unis [105]. Au regard des insultes dirigées vers l'enfant, les taux québécois sont aussi similaires à ceux obtenus par Finkelhor et ses collaborateurs, qui en observent une diminution significative dans leurs enquêtes populationnelles américaines conduites en 2003 et en 2008 [101].

En ce qui concerne la prévalence annuelle de l'exposition des enfants à des conduites violentes entre conjoints, qu'elles soient de nature psychologique ou physique, les données québécoises sont aussi comparables à ce que d'autres enquêtes américaines ont montré [101,106]. Au Québec, une enquête réalisée auprès d'un échantillon de parents d'enfants âgés de 2 à 11 ans avait d'ailleurs aussi trouvé, en 2011, un taux annuel d'exposition à des menaces de destruction d'objets entre conjoints de 3,5 % et d'exposition à des gestes physiques, tels que pousser ou frapper un conjoint, de 1,5 % [59]. Enfin, en ce qui concerne la négligence, les résultats obtenus dans l'enquête de 2012 [17] font écho à ceux obtenus dans deux enquêtes comparables américaines [81,107], bien que peu d'études populationnelles aient à ce jour permis de la documenter auprès des parents de la population générale.

Bien que l'analyse comparée des données recueillies auprès des services de protection et des données issues des enquêtes populationnelles ne soit pas l'objet du présent chapitre, la mise en parallèle de ces résultats soulève d'intéressantes questions. D'abord, il y a un écart considérable entre l'ampleur des estimations issues des deux sources de données, faisant écho aux constats que d'autres ont déjà faits [66,98,108].

En grande partie parce qu'elles permettent d'identifier des situations de maltraitance qui ne seront jamais signalées ou dévoilées aux autorités médicales et sociales, les enquêtes populationnelles produisent des prévalences qui peuvent être de 30 à 90 fois plus élevées que les taux estimés à partir des cas connus des services de protection de la jeunesse [108]. S'il est clair que les taux calculés à partir des cas connus des services de protection sous-estiment l'ampleur réelle de la maltraitance, le sens du biais attribuable aux mesures autorapportées des enquêtes populationnelles l'est moins. En effet, si les notions de chronicité, qui sont inhérentes à la maltraitance psychologique et à la négligence émotionnelle, ne sont pas considérées dans les définitions de ces formes de maltraitance, les prévalences qui en résultent pourraient surestimer l'ampleur réelle du phénomène. De plus, les enquêtes populationnelles reposent sur la perspective du parent, ce qui peut introduire certains biais. C'est pourquoi la plupart des experts en épidémiologie de la maltraitance s'entendent pour dire que les deux types d'études sont nécessaires pour guider les efforts d'intervention et de prévention. Certains soulignent également que davantage de recherches devraient s'attarder à analyser ces écarts [108].

D'ailleurs, on constate qu'au Québec, comme ailleurs dans le monde, les deux types de données pointent dans le sens d'une stabilité ou d'une diminution de la fréquence des mauvais traitements. On peut voir cela comme un signe encourageant, mais cela peut également sembler bien peu considérant l'ampleur des efforts qui sont déployés en prévention.

Facteurs de risque de la maltraitance

Les études dans le domaine de la maltraitance ont été influencées par divers courants théoriques issus de la médecine, de la psychologie, de l'éducation, du travail social, de la criminologie et de la sociologie. Ces disciplines ont amené leur bagage de modèles théoriques qui ont alimenté le développement des connaissances sur les causes possibles de la maltraitance. Pensons notamment aux premières théories explicatives axées sur les psychopathologies parentales, puis aux théories de l'attachement et de l'apprentissage social qui ont été invoquées dans l'analyse de transmission intergénérationnelle de la maltraitance. D'autres modèles plus globaux ont aussi été considérés, tels que les modèles culturels et sociostructurels qui ont mis de l'avant le rôle des normes dans le recours à la violence, ainsi que le rôle du stress et de l'inégalité sociale engendré par le fait d'appartenir à des classes sociales plus défavorisées [27,109].

Tirant profit de l'intégration de connaissances issues des différents modèles théoriques, les études étiologiques dans le domaine de la maltraitance postulent qu'elle n'est pas le résultat d'un seul facteur, mais qu'elle s'explique davantage par des causes multiples et interreliées [110,111]. On reconnaît l'importance d'une vision plus holistique qui conçoit le bien-être de l'enfant, ou à l'inverse sa maltraitance, comme la résultante des relations continues et réciproques entre ses caractéristiques et celles des multiples milieux dans lesquels il vit [112,113]. Selon cette perspective, adaptée des approches écologique et transactionnelle [114,115], la maltraitance est considérée comme le produit de la juxtaposition et de l'influence mutuelle de divers facteurs (individuels, familiaux, socioéconomiques et culturels). Les notions d'équifinalité et de multifinalité³ prennent ici tout leur sens puisqu'on reconnaît qu'il existe, d'une part, des causes multiples à une même forme de maltraitance et, d'autre part, qu'une même cause peut mener à diverses formes de maltraitance. Le tableau 5 présente les principaux facteurs de risque documentés à ce jour dans le domaine selon qu'ils concernent l'individu, la famille ou la sphère sociale, économique et culturelle.

³ Selon l'approche systémique, l'équifinalité désigne la capacité à atteindre un même état final à partir de différents points de départ, alors qu'inversement, la multifinalité désigne la capacité à atteindre différents états à partir de points de départ similaires.

Tableau 5 Principaux facteurs de risque associés à la maltraitance [116–124]

Facteurs individuels (enfants)
Sexe (garçon) et âge (jeune)
Troubles externalisés (ex. : troubles de comportement)
Troubles internalisés (ex. : dépression, anxiété)
Problèmes médicaux (ex. : prématurité, retards de développement)
Faibles compétences sociales
Facteurs individuels (parents)
Grossesse non désirée
Tempérament du parent (ex. : agressif, impulsif)
Troubles de santé mentale (ex. : dépression, anxiété)
Consommation abusive (ex. : abus d'alcool, de drogues)
Faible niveau d'empathie
Attitudes d'attribution négatives
Faible estime de soi
Stress parental (ex. : enfant perçu difficile, faible sentiment de compétence parentale)
Événements de vie stressants (ex. : divorce, problèmes de santé, problèmes légaux)
Maltraitance dans l'enfance/relation difficile avec parents
Activité criminelle (ex. : comportement violent)
Facteurs familiaux
Relation parent-enfant difficile (ex. : troubles de l'attachement)
Pratique coercitive (ex. : punition corporelle)
Conflits familiaux
Faible satisfaction conjugale
Violence conjugale
Faible cohésion familiale
Facteurs socioéconomiques et culturels
Monoparentalité
Plusieurs enfants vivant sous le même toit
Faible soutien social
Sans emploi (ex. : chômage, aide sociale)
Faible statut socioéconomique (ex. : pauvreté, quartier défavorisé, mobilité résidentielle)
Normes légales et culturelles (ex. : tolérance envers la violence, loi, perception de l'enfant)
Facteurs temporels
Événements de vie stressants (ex. : divorce, problèmes de santé, problèmes légaux)
Entrée à l'école (primaire et secondaire)

Parmi l'ensemble des facteurs recensés, certains sont davantage associés à des formes spécifiques de maltraitance. Par exemple, les facteurs reliés aux perturbations des relations familiales (ex. : conflits, niveau de cohésion) sont plus souvent associés à l'abus physique [125], alors que les facteurs économiques ou de l'ordre des psychopathologies parentales sont plus étroitement associés à la négligence [121,123]. Du côté de l'exposition des enfants à la violence conjugale, les facteurs de risque connus proviennent essentiellement des études en violence conjugale qui ont surtout porté sur les caractéristiques des agresseurs (ex. : maltraitance dans l'enfance, consommation abusive, troubles de santé mentale tels qu'une personnalité antisociale), ce qui n'exclut pas le rôle des facteurs socioéconomiques et culturels moins souvent documentés [126]. Par ailleurs, la recension de Coulton et ses collaborateurs suggère que les caractéristiques de l'enfant, des parents et de la famille expliquent davantage l'apparition de la maltraitance que les caractéristiques structurelles (ex. : défavorisation, démographie, stabilité) et dynamiques (ex. : ressources disponibles, organisation sociale) du voisinage [127].

L'analyse des facteurs de risque de la maltraitance ne peut se faire sans considérer les éléments de chronicité et de cooccurrence entre les diverses formes. Par exemple, les études ont montré que la négligence chronique, c'est-à-dire celle qui s'échelonne sur plusieurs années, est davantage associée à des facteurs tels que la maltraitance, les placements vécus dans l'enfance des parents et les troubles de santé mentale [37], alors que la négligence plus transitoire est surtout associée à des problèmes économiques et à un mode de vie chaotique des parents caractérisé par la violence conjugale, la toxicomanie et l'implication dans des activités criminelles [128,129]. En ce qui concerne l'abus physique, des études ont aussi montré que lorsqu'on considère la présence de cooccurrence avec d'autres formes de maltraitance, le profil des situations apparaît beaucoup plus problématique. Les enfants sont plus nombreux à être connus des services de protection, à présenter des troubles de comportement et à vivre dans une famille défavorisée sur les plans social et économique et où sévit la violence conjugale [130]. Par ailleurs, les situations d'abus physique sans cooccurrence sont davantage associées aux châtimements corporels utilisés en contexte disciplinaire et aux normes culturelles telles que notées dans les études de Larrivée et ses collaborateurs [43] et de Clément et ses collaborateurs [61]. Ces constats, selon lesquels une même forme de maltraitance peut s'expliquer par une combinaison de divers facteurs, ont donné lieu depuis les dernières décennies à des approches de recherche par typologies ou profils familiaux. Ainsi, plutôt que de classer et d'analyser les situations selon les formes de maltraitance pour en connaître les causes, ces études tentent de dégager les profils familiaux sous-jacents à une forme ou l'autre de maltraitance ou à la combinaison de plusieurs d'entre elles [61,128,131]. De telles approches, centrées sur les personnes, permettent notamment d'apprécier l'importance des situations de cooccurrence et de mieux comprendre les divers profils sous-jacents aux mêmes situations de maltraitance, ce que ne permettent pas de faire les analyses traditionnelles (centrées sur les variables) réalisées en vase clos.

Dans la philosophie des modèles écologique et transactionnel, plusieurs études ont opté pour une approche par cumul des risques personnels, familiaux et socioéconomiques pour expliquer la maltraitance [132]. Ces études ont montré, parfois même de manière longitudinale, qu'aucun facteur de risque unique ne permet de prédire la maltraitance aussi fortement que le total cumulé des risques auxquels peut faire face la famille [133–136]. Aussi, plus le nombre de facteurs de risque augmente, plus grandes sont les probabilités de maltraitance envers l'enfant [137–139]. Considérant la robustesse des modèles par cumul pour expliquer la maltraitance, certains chercheurs suggèrent qu'une telle approche serve au dépistage des situations à risque [137].

Conséquences à court et à long terme de la maltraitance

Les effets à court et à long terme de la maltraitance sur la santé mentale et physique ainsi que sur le développement cognitif et neurobiologique sont importants, et ce, peu importe la forme [140–142]. Le tableau 6 présente une synthèse de l'ensemble des effets selon la sphère développementale concernée. À noter que, tout comme c'est le cas pour les facteurs de risque, la trajectoire développementale des enfants victimes de maltraitance doit être envisagée à la lumière des notions d'équifinalité et de multifinalité; les différentes formes pouvant mener à des conséquences similaires ou, inversement, une même forme pouvant mener à des conséquences différentes, selon les cas [143–146]. Par ailleurs, les impacts différenciés de la maltraitance sont aussi inhérents à leur chronicité et à leur cooccurrence. Ainsi, plus une forme de maltraitance est considérée comme sévère, qu'elle se présente tôt dans la vie de l'enfant, qu'elle est récurrente et qu'elle survient en cooccurrence avec d'autres formes, plus les impacts à court et à long terme sont importants [35,141,143,146,147] et irréversibles au plan neurobiologique [140].

Tableau 6 Principales conséquences à court et à long terme de la maltraitance [140–142,146,148–152]

	Court terme (enfance)	Long terme (adolescence et âge adulte)
Socioaffectif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles internalisés (ex. : faible estime de soi, isolement, anxiété, dépression) ▪ État de stress post-traumatique 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faibles habiletés sociales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antipathie ▪ Troubles de l'humeur
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficultés dans la reconnaissance et la compréhension des émotions ▪ Troubles externalisés (ex. : agressivité, conduite antisociale/délinquante, impulsivité, hyperactivité) 	
Comportemental		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abus de substances (ex. : drogues, alcool) ▪ Comportements sexuels à risque/ Infections transmises sexuellement (ITS)
Cognitif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problèmes de langage (ex. : retard de langage, prononciation difficile) ▪ Déficits au niveau des fonctions cognitives (ex. : apprentissage, attention, mémoire, fonctions exécutives, fonctions visuo-spatiales, résolution de problèmes, raisonnement abstrait) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficultés scolaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrochage scolaire
Neurobiologique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dérèglement des systèmes biologiques de réponse au stress 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Altération de la maturation du cerveau 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vulnérabilité au développement de maladies psychiatriques
Physique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blessures physiques et retards développementaux ▪ Troubles alimentaires (ex. : obésité, boulimie, retard de croissance) ▪ Maladies pulmonaires chroniques (ex. : asthme) ▪ Maladies cardiovasculaires (ex. : cardiopathies ischémiques) ▪ Syndrome du côlon irritable 	

Un autre élément important à considérer dans l'analyse de la trajectoire développementale des enfants victimes de maltraitance concerne le cumul des expériences vécues à la fois en raison de la cooccurrence des différentes formes de maltraitance, ou en raison de leur combinaison avec d'autres événements de vie aversifs considérés comme ayant un potentiel traumatique (ex. : vivre un désastre naturel, décès, incarcération ou hospitalisation d'un parent). À cet égard, les résultats des études sur la polyvictimisation soulignent que l'accumulation des victimisations, incluant la maltraitance, est plus importante que leurs

formes individuelles pour expliquer les troubles internalisés ou externalisés [59,153]. Dans la même veine, certains chercheurs postulent que les facteurs de risque présents dans la famille contribuent également à expliquer les impacts de la maltraitance sur l'enfant [134,135]. Le cumul peut aussi concerner les expériences de maltraitance qui s'échelonnent et évoluent tout au long de l'enfance et de l'adolescence; on sait d'ailleurs que la maltraitance est un facteur de risque connu de la revictimisation [49] et de la polyvictimisation. En outre, les risques de victimisation répétée sont d'autant plus importants lorsque la première victimisation a été vécue en bas âge comparativement à l'adolescence [49]. Les résultats de l'étude québécoise de Cyr et ses collaborateurs indiquent aussi que les deux catégories de victimisation les moins prévalentes, soit la victimisation sexuelle et la maltraitance, ont été vécues de manière disproportionnée par les polyvictimes en comparaison des jeunes non-polyvictimes [59]. Finkelhor et ses collaborateurs ont aussi souligné que ces deux catégories de victimisation pourraient indiquer un risque d'exposition accrue à la victimisation plus large [47]. Enfin, l'effet cumulatif peut être transporté à l'âge adulte et contribuer ainsi au cycle de l'adversité et de la violence [154].

Prévention de la maltraitance

Il est largement convenu que les différentes formes de maltraitance envers les enfants constituent un problème social important qui commande non seulement des interventions réactives ou curatives, mais aussi des interventions préventives [155,156]. Compte tenu de l'importance des coûts individuels et sociaux associés à la maltraitance [157–159] et de sa propension à se reproduire d'une génération à l'autre [160], l'idée d'intervenir en amont du problème s'est rapidement imposée aux experts dans le domaine. La prévention de la maltraitance est d'ailleurs reconnue comme une priorité par diverses autorités de santé publique, comme les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [161,162] et l'Organisation mondiale de la santé [163–165].

La prévention consiste à éliminer ou à réduire les facteurs de risque qui favorisent l'apparition d'un problème, tout en renforçant les capacités individuelles et collectives à faire face au stress et à l'adversité [166,167]. Dans le cas de la maltraitance, il s'agit de mettre en place des conditions individuelles, familiales, communautaires, économiques et sociales propices à de saines relations parent-enfant afin que, de la naissance à l'adolescence, le plus grand nombre d'enfants possible puissent grandir au sein d'une famille exempte de dynamiques coercitives, violentes, abusives ou négligentes. Au Québec, bien que le dernier Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 ne comporte pas d'objectifs spécifiques visant la prévention de la maltraitance, il inclut un axe d'intervention sur le développement global des enfants et des jeunes, et promulgue certaines mesures susceptibles d'avoir un effet préventif sur la maltraitance. Parmi celles-ci, notons les services de soutien aux pratiques parentales, les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) (accompagnement des familles vulnérables par l'entremise de visites à domicile, création d'environnements favorables à ces familles), les collaborations intersectorielles entre les divers acteurs du domaine enfance-famille, et la mise en œuvre de politiques publiques pour améliorer les conditions de vie des familles et l'accès aux services de garde éducatifs à l'enfance.

Ces mesures comptent parmi celles qui sont prônées par les CDC dans leur « trousse technique » visant la prévention des abus et négligences envers les enfants [168]. Cette trousse identifie cinq grandes catégories de stratégies préventives dont l'efficacité est soutenue par des preuves scientifiques : (1) renforcer le **soutien économique** aux familles; (2) changer les **normes sociales** en faveur du soutien aux parents et aux pratiques parentales positives; (3) fournir aux enfants **des soins et de l'éducation de qualité tôt dans la vie**; (4) rehausser les **habiletés parentales** pour promouvoir le développement de l'enfant; et (5) **réduire les méfaits** de la maltraitance de façon à prévenir les risques futurs. Pour un effet préventif optimal, les auteurs estiment que ces cinq stratégies ont avantage à être combinées, car les unes tendent à renforcer les effets des autres.

Mis à part la dernière stratégie qui s'adresse clairement à un groupe à haut risque conséquemment à un vécu de maltraitance, les autres stratégies s'envisagent très bien dans une perspective populationnelle. Plusieurs experts estiment d'ailleurs que les initiatives de prévention de la maltraitance devraient adopter une telle perspective [169,170], graduée en fonction du niveau de risque et des besoins présentés par les familles. Autrement dit, pour reprendre la terminologie de Gordon [171] et de Mrazek et Haggerty [172], les stratégies préventives doivent être graduées en fonction de leur caractère universel, sélectif et indiqué, comme décrit au tableau 7. Une telle approche « en gradins » s'apparente à l'universalisme proportionné qui vise à diminuer les inégalités sociales en matière de santé et de bien-être en réduisant, d'une part, l'incidence d'un problème sociosanitaire donné et, d'autre part, les disparités observées entre différents groupes sociaux en lien avec l'ampleur de ce problème [173,174].

Tableau 7 Typologie de stratégies pour prévenir la maltraitance envers les enfants

Stratégies	Description
Stratégies universelles	S'adressent à l'ensemble d'une population et interviennent sur des facteurs de risque de la maltraitance de façon non intrusive et non stigmatisante, sans chercher à cibler les individus affectés par les facteurs de risque en question (ex. : promotion, information, sensibilisation, éducation, marketing social).
Stratégies sélectives	Ciblent des groupes d'individus qui partagent un ou des facteurs de risque communs (ex. : familles à faibles revenus, parents adolescents ou très jeunes), et interviennent de manière à contrer le risque de maltraitance chez ces familles à risque (ex. : programmes de visites à domicile pour les familles vulnérables, mesures fiscales pour les familles à faibles revenus).
Stratégies indiquées	Ciblent des individus qui affichent un risque élevé (ou cumul de facteurs de risque) ou des signes précurseurs de maltraitance (ex. : enfant signalé à la protection de la jeunesse pour risque sérieux d'abus ou de négligence) (ex. : programmes d'aide aux parents ayant des problèmes de santé mentale, de régulation émotionnelle, de conflits conjugaux/violence conjugale, de consommation).

Les programmes de soutien à la parentalité : un incontournable

Parmi les stratégies préventives énumérées par Fortson et ses collaborateurs [168] et le PNSP [12], les programmes psycho-socio-éducatifs destinés à soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle comptent parmi les plus utilisées [175,176]. Ces programmes se présentent principalement sous deux formats : (1) les visites à domicile; et (2) l'entraînement aux habiletés parentales. Il arrive que ces deux approches soient utilisées en combinaison. En Irlande, par exemple, le programme périnatal Preparing for Life (<http://preparingforlife.ie>) combine les visites à domicile et le programme Triple P, qui fait la promotion des pratiques parentales positives et entraîne les parents à les mettre en pratique. Considérant les résultats probants d'une telle combinaison sur les parents et les enfants [177], il pourrait s'agir d'un modèle prometteur d'offre de services préventifs.

Une méta-analyse récente, réalisée sur 37 études employant un devis expérimental avec assignation aléatoire des participants, confirme que ces deux types de programmes de soutien à la parentalité contribuent à réduire les conduites parentales à caractère violent, ainsi que les cas de maltraitance corroborés par les autorités en protection de la jeunesse, et ce, dans les pays à revenus faibles, moyens et élevés. Ils contribuent également à réduire certains facteurs de risque associés à la maltraitance, bien que leurs effets sur la dépression et le stress parental demeurent globalement limités. Il reste que l'effet global des programmes de soutien à la parentalité est modeste ($d = 0.296$), et que cet effet peut être très variable d'un programme à l'autre et d'une étude à l'autre [178]. Cela suggère que certains programmes sont plus efficaces que d'autres pour prévenir la maltraitance.

À la suite d'une analyse approfondie des écrits sur le sujet, Gagné et ses collaborateurs en arrivent aux constats suivants en rapport avec l'efficacité des programmes de soutien au rôle parental [155] :

1. Les programmes les plus efficaces impliquent des interventions proactives, qui prennent place avant l'apparition de signes précurseurs de maltraitance. Les programmes s'adressant aux familles à haut risque (ex. : haut niveau de conflit, violence conjugale, dépression parentale, problèmes de consommation, ou cumul de multiples facteurs de risque) peuvent tout de même contribuer à prévenir la maltraitance, à condition d'adopter une approche centrée sur les forces des individus et des environnements, de favoriser le développement du pouvoir d'agir des parents (*empowerment*) et de se préoccuper du soutien social de ces familles;
2. Les programmes de groupe destinés aux parents peuvent contribuer à prévenir la maltraitance ou sa récurrence, du moins à court terme. Les programmes les plus efficaces seraient ceux qui intègrent à l'intervention de groupe une composante de visites à domicile ou d'intervention individuelle, et qui combinent l'approche comportementale avec d'autres approches centrées sur les styles de communication ou la promotion d'un style parental démocratique;
3. Les programmes de visites à domicile ressortent comme la meilleure stratégie pour prévenir la maltraitance, à condition de comporter plusieurs rencontres et de s'inscrire dans la durée. Ils semblent encore plus efficaces lorsqu'ils s'adressent à l'ensemble des membres d'un groupe social donné (par exemple, toutes les jeunes mères primipares), plutôt que de cibler des individus sur la base de facteurs de risque spécifiques.

Gomby rappelle que les programmes de visites à domicile sont une stratégie générale d'offre de services, et que leurs bénéfices tendent à survenir dans les domaines investis par l'intervenant [179]. Ces programmes auraient avantage à être enrichis par l'intégration d'interventions plus structurées ciblant des besoins précis chez les familles suivies. Par exemple, il a été démontré que l'application d'une intervention structurée de nature cognitive, destinée à travailler les croyances, les attitudes et les attributions des parents vis-à-vis de leur enfant ou de leur rôle de parent, rehausse l'efficacité préventive des visites à domicile dans le cas de bébés qui sont nés avec un risque médical (prématurité, problème de santé, naissance par césarienne), soit un facteur de risque reconnu de la maltraitance [180,181].

Malgré le constat général d'efficacité des programmes de soutien au rôle parental en tant que moyen pour prévenir la maltraitance, il est important de retenir que seul un petit nombre de programmes ont été scientifiquement éprouvés, avec des résultats probants. Dans le secteur famille-enfance, les programmes « à données probantes » représentent une petite proportion de l'ensemble des programmes de prévention et d'intervention psychosociale existants, comme le révèle l'initiative *Blueprints for Healthy Youth Development* (www.blueprintsprograms.com), et ceux qui sont efficaces à prévenir la maltraitance sont encore moins nombreux. À titre d'exemple, une recension des programmes de visites à domicile réalisée par MacMillan et ses collaborateurs révèle que seuls deux programmes, offerts par des intervenants professionnels, ont démontré une réduction de l'incidence de la maltraitance, soit le Nurse Family Partnership et le Early Start [182]. En ce qui concerne les programmes de groupe visant l'entraînement aux habiletés parentales, le programme *Triple P – Positive Parenting Program* se démarque sur ce plan [183,184].

Les programmes de soutien à la parentalité en usage au Québec

Récemment, Gagné, Richard et Dubé ont effectué une analyse approfondie dans le but d'établir la différenciation de *Triple P* par rapport à d'autres programmes de soutien à la parentalité en usage au Québec [185]. Dans un premier temps, elles ont recensé les programmes répondant aux critères suivants : (1) comporter un contenu clinique structuré; (2) avoir fait l'objet d'au moins une étude évaluative rigoureuse (ou être en voie d'évaluation); (3) être largement utilisé ou avoir un potentiel de dissémination (les programmes ayant une portée strictement locale ont été exclus); et (4) avoir le potentiel de prévenir la maltraitance, tel qu'opérationnalisé au tableau 8.

Tableau 8 Potentiel des programmes de soutien au rôle parental pour prévenir la maltraitance

Facteurs de risque proximaux	Ce que font les programmes qui ont le potentiel de prévenir la maltraitance
<i>Risques liés à l'enfant</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Jeune âge de l'enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ils interviennent tôt dans la vie de la famille.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Prématurité, petit poids à la naissance, maladie, déficit/déficiência, retard de développement. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ils valorisent le rôle de parent tout en reconnaissant ses difficultés inhérentes et en validant les défis que cela pose.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Tempérament/comportement difficile ou irritable, réactivité émotionnelle, problèmes de comportement, agressivité. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ils donnent du répit aux parents aux prises avec des enfants exigeants. ■ Ils protègent et renforcent le lien d'attachement parent-enfant.
<i>Risques liés au parent, à la famille et au contexte socioéconomique</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Histoire personnelle d'exposition à la violence familiale ou à la maltraitance. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ils aident le parent à résoudre ses propres traumatismes relationnels passés.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Détresse psychologique : épuisement, anxiété, stress, hostilité, irritabilité, sentiment d'impuissance, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ils montrent au parent comment mieux gérer ses émotions négatives (ex. : stress, colère), comment se calmer et se maîtriser.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Faible sentiment de compétence parentale et faible estime de soi. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ils enseignent au parent des stratégies éprouvées pour stimuler, soutenir, encadrer et discipliner leur enfant, et communiquer avec lui (compétences parentales), et aident le parent à effectuer le suivi de ses succès.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Attentes irréalistes ou perceptions erronées vis-à-vis de l'enfant ou de son rôle de parent. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ils aident le parent à ajuster ses attentes et ses perceptions vis-à-vis de lui-même et de son enfant, afin qu'elles soient réalistes. ■ Ils aident le parent à appliquer des stratégies efficaces de résolution de problèmes et de conflits.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Consommation d'alcool ou de drogues et problèmes de santé mentale, conflits conjugaux/violence conjugale, pauvreté, faible niveau socioéconomique. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ils orientent/accompagnent le parent qui a des difficultés importantes (santé mentale, consommation, pauvreté, employabilité, conflits, violence, etc.) vers les ressources appropriées dans la communauté.

Dans le cadre de cette recension, des bases documentaires spécialisées, des sites Web et des informateurs clés provenant de divers milieux ont été consultés. Au terme de la démarche, six programmes ont été retenus en plus de Triple P : (1) Ces années incroyables (CAI); (2) le volet « Accompagnement des familles » des SIPPE; (3) le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC²); (4) Y'a personne de parfait (Y'APP); (5) l'expérimentation québécoise du Community Parent Education Program (COPE), appelée ÉQUIPE; et (6) le Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué (PPPSBS). Chacun de ces programmes a fait l'objet d'une analyse descriptive et comparative. Les résultats de l'analyse suggèrent qu'un usage combiné du PPPSBS, des SIPPE, du PAPFC² ainsi que d'un programme spécifiquement axé sur le développement des habiletés parentales couvrirait l'ensemble des familles d'enfants de 0-12 ans et offrirait un continuum de services allant de la prévention universelle (PPPSBS) à l'intervention auprès des familles à haut risque de négligence (PAPFC²). En ce qui concerne l'entraînement aux habiletés parentales, tous les programmes analysés sont pertinents, quoique CAI et Triple P se démarquent par la quantité de données probantes qui appuient leur efficacité [185].

Par ailleurs, par sa portée universelle, son approche de marketing social et sa combinaison de stratégies universelles, sélectives et indiquées, Triple P semble avoir le potentiel d'engager la communauté dans une démarche visant à promouvoir les pratiques parentales positives, non seulement pour réduire les problèmes de comportement des enfants, mais aussi pour réduire le recours à la violence comme méthode éducative. Ses résultats préventifs sont d'ailleurs prometteurs sur ce plan [184,186].

Au-delà des programmes de soutien à la parentalité

Il importe de rappeler que les programmes de soutien à la parentalité ne sont que l'un des moyens contribuant à prévenir la maltraitance, insuffisant en lui-même. Les écrits pionniers de Rose dans le domaine de l'épidémiologie médicale soulignent l'importance de faire la différence entre deux types de déterminants des problèmes de santé : (1) les déterminants de l'incidence du problème dans la population, généralement de nature économique et sociétale; et (2) les déterminants de l'apparition du problème chez un individu donné, qui renvoient aux vulnérabilités de la personne ou de son environnement proximal [187,188]. Dans le champ de la prévention de la maltraitance envers les enfants, les programmes de soutien à la parentalité agissent surtout sur la seconde catégorie de déterminants. Ainsi, leur potentiel pour réduire les taux de signalements en protection de la jeunesse, ou la prévalence des conduites parentales à caractère violent ou négligent à l'échelle de la population sont forcément limités. Comme le soulignent Fortson et ses collaborateurs, ils ont avantage à être combinés à d'autres stratégies ayant démontré leur efficacité préventive, notamment des stratégies économiques, légales et médiatiques, et des investissements substantiels en petite enfance, favorisant l'accès à des soins de santé et des services de garde éducatifs de grande qualité [168].

Le soutien économique aux familles peut être assuré par des mesures qui renforcent la sécurité du revenu et allègent le fardeau financier des familles (mesures fiscales, disponibilité de logements abordables, services de garde subventionnés), et par des politiques de conciliation travail-famille (salaire suffisant, congés payés, horaires flexibles). Les attitudes et les conduites parentales peuvent aussi être modifiées par l'entremise de mesures législatives visant à bannir la punition corporelle, et de campagnes d'éducation et de participation du public. Gagné et ses collaborateurs soutiennent que le marketing social est une approche prometteuse pour prévenir la maltraitance envers les enfants, surtout lorsqu'il intègre une approche communautaire et qu'il est lié à une offre de services directs aux parents [189]. Enfin, les programmes de stimulation précoce des enfants qui engagent les parents, ainsi que les services de garde éducatifs de grande qualité (personnel formé, normes de qualité, processus d'agrément ou d'accréditation, etc.) sont des composantes importantes de l'arsenal préventif en petite enfance.

Évidemment, tous ces moyens économiques, médiatiques, légaux et éducatifs n'agissent pas directement sur le comportement parental. Cependant, ils sont efficaces pour prévenir différentes formes d'abus et de négligence, car ils permettent de créer des environnements favorables aux familles, venant contrer un grand nombre d'irritants dans la vie familiale et générer un climat social et communautaire bienveillant pour les parents et les enfants. Il existe au Québec un programme visant à soutenir la création d'environnements

favorables à la santé, au bien-être et au développement optimal des enfants. Constituant un axe des SIPPE, le soutien à la Création d'environnements favorables (CEF) est implanté à travers l'ensemble des services de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux depuis 2004-2005. Quoique ce programme interpelle la collaboration intersectorielle, plus des trois quarts des acteurs mobilisés dans le cadre de la CEF sont issus du secteur de la santé et des services sociaux, et plus de 80 % des projets financés sont portés par un seul organisme [190]. De plus, un peu moins de 10 % des projets sortent du cadre d'intervention habituel de la santé et des services sociaux et visent l'amélioration des conditions de vie des familles (ex. : initiatives sur le logement, l'intégration socioprofessionnelle ou l'accès au transport).

Ce portrait est cependant appelé à changer dans les prochaines années, dans le contexte où le PNSP 2015-2025 appuie fortement l'importance de la collaboration intersectorielle. En effet, le PNSP encourage notamment la collaboration avec les partenaires de la communauté dans le cadre du déploiement d'initiatives visant la création d'environnements favorables au développement des enfants de 0 à 5 ans (objectif 1-9), la collaboration à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables au développement global des enfants et des jeunes (objectif 1-12), et le soutien à des initiatives favorisant le développement et le renforcement des capacités des communautés d'agir sur leurs conditions de vie et leur environnement (objectif 2-10) [12]. Ainsi, il y a fort à parier que la CEF deviendra une responsabilité davantage partagée par une variété d'acteurs, ce qui constitue une excellente nouvelle pour les enfants à risque de maltraitance. Il est à espérer que les développements dans ce domaine soient soigneusement suivis et documentés, et que leurs éventuels effets préventifs soient évalués.

Encadré 1 – La prévention du trauma crânien non accidentel (TCNA) pédiatrique

Auteure : Sylvie Béliveau, pédiatre, Centre hospitalier universitaire de Québec

Le trauma crânien non accidentel (TCNA) pédiatrique, plus connu sous le nom du syndrome du bébé secoué, est une forme grave d'abus physique survenant quand un enfant est secoué violemment ou soumis à un impact soudain, et qu'il en résulte des blessures au niveau du crâne ou du contenu intracrânien. Bien que l'incidence des TCNA soit mal connue, particulièrement au Canada, les études américaines présentent des chiffres variant entre 20 et 30 cas par 100 000 enfants de moins de 1 an [191]. Les conséquences cliniques des TCNA sont dévastatrices pour les familles, et très souvent irréversibles pour les enfants. Il n'y a guère de situations cliniques plus tragiques qu'un nourrisson de 4 mois, hospitalisé aux soins intensifs, chez qui on confirme des dommages neurologiques secondaires à des secousses violentes. Par ailleurs, les coûts sociaux associés à ce type d'abus s'avèrent très significatifs pour plusieurs secteurs, dont la santé, les services sociaux, la sécurité publique, la justice et l'éducation.

Les TCNA surviennent généralement chez les enfants de moins d'un an, et près de 60 % des victimes sont âgées de moins de six mois [192–194]. Le cerveau est alors immature et particulièrement vulnérable aux traumatismes. Il s'agit d'une période où la croissance cérébrale est extrêmement rapide, et où des phénomènes physiologiques importants culminent, comme la myélinisation et la stabilisation des connexions synaptiques [195]. Il n'est donc pas étonnant que plus de 80 % des victimes présentent des déficits neurologiques permanents [196–199], et que la mortalité associée aux TCNA soit élevée, variant de 11 % à 36 % selon les études [192,198].

Au Canada, une étude a recensé 364 victimes de TCNA dans 11 centres hospitaliers pédiatriques de soins tertiaires de 1988 à 1998. Un décès est survenu dans 19 % des cas. Parmi les autres victimes, des dommages neurologiques significatifs ont été rapportés dans 55 % des cas, et une atteinte visuelle dans 65 % des cas. Seulement 22 % d'entre elles ne présentaient aucune séquelle apparente lors du congé de l'hôpital [200]. Depuis, les études démontrent qu'une grande proportion des victimes qui semblaient sans atteinte après les manifestations initiales du TCNA présente, des années plus tard, des déficits cognitifs, adaptatifs et comportementaux. Ces déficits deviennent plus apparents à mesure que les demandes cognitives augmentent, puisque plusieurs aspects de la cognition n'atteignent leur maturité qu'à la fin de l'adolescence [201]. Chez ces enfants, les sphères du langage et de la parole, différents aspects des fonctions exécutives, l'attention et la concentration, le comportement et l'adaptation sociale sont des éléments particulièrement touchés [196,202,203].

Les TCNA sont des événements évitables. Plusieurs facteurs de risque ont été associés à cette forme d'abus, tels que des facteurs socioéconomiques, les stress familiaux et sociétaux, le jeune âge maternel, le fait d'être un garçon, d'être né prématurément ou de souffrir d'une maladie périnatale [192–194]. Toutefois, aucun de ces facteurs n'est facilement modifiable.

Au cours des dernières années, les recherches ont permis de reconnaître l'importance des pleurs des nourrissons comme élément déclencheur des TCNA [204,205]. Les secouages peuvent être répétés, et ils paraissent « efficaces » parce que l'enfant cesse de pleurer et qu'il se calme en « tombant endormi » [206]. Les gestes abusifs surviennent le plus souvent quand la personne responsable est fatiguée, et qu'elle ressent de l'impatience et de la colère face aux pleurs de l'enfant. En fait, sa perception et sa réponse face aux pleurs seraient des facteurs plus importants que l'intensité ou la durée des pleurs en eux-mêmes [207].

Malheureusement, les pleurs des nourrissons sont souvent persistants et inconsolables, sans qu'une cause organique ne puisse être identifiée pour les expliquer. Par ailleurs, les stratégies étudiées visant à réduire les pleurs impliquent des interventions individuelles spécifiques ou auprès de la dyade mère-enfant, et leur efficacité s'avère limitée [208,209].

Le fait de pouvoir cibler un comportement spécifique (le fait de secouer) et un élément déclencheur (les pleurs) a permis l'élaboration de messages de prévention primaire. Ainsi, des programmes visant l'éducation des parents en période postnatale à propos des caractéristiques des pleurs des nourrissons et des dangers de secouer ont été instaurés dans plusieurs maternités aux États-Unis et au Canada. Des études observationnelles initiales [210,211] avaient rapporté des diminutions d'incidence des TCNA de 47 % et de 75 %, et cela avait justifié l'implantation de ces programmes à grande échelle [208,212]. Toutefois, bien que ces interventions aient montré qu'elles augmentaient les connaissances [213–217], les évidences appuyant leur efficacité pour prévenir les TCNA demeuraient limitées [218].

Plus récemment, des études rigoureuses visant à évaluer l'efficacité de ces programmes de prévention en Caroline du Nord et en Pennsylvanie n'ont pas démontré de diminution dans l'incidence des TCNA [217,219]. En fait, il est probable que le simple fait d'informer les responsables d'un enfant qu'il est dangereux de le secouer et de nommer quelques moyens pour faire face aux difficultés reliées aux pleurs soit insuffisant pour prévenir les pertes de contrôle menant aux TCNA. Bien que la période postnatale soit un moment privilégié permettant de joindre toutes les familles, il est possible que ce ne soit pas le meilleur moment pour qu'une intervention éducative se traduise par des modifications du comportement des semaines plus tard [220]. Aussi, il a été difficile de maintenir la fidélité aux programmes dans certains milieux hospitaliers [219], et il est probable que les efforts de prévention doivent mieux cibler les figures parentales masculines, puisque les pères sont identifiés comme étant les abuseurs dans 77 % des cas [221]. Bien que la littérature américaine démontre que les efforts déployés jusqu'à maintenant aient été insuffisants, les auteurs s'entendent pour dire qu'il ne faut pas pour autant abandonner les programmes déjà en place [217,219,220]. Par contre, ils estiment qu'il est temps de recadrer ou de bonifier les messages. Des interventions additionnelles ciblées, des efforts plus intensifs et une répétition des messages après la période postnatale pourraient mieux aider les familles, surtout celles les plus à risque.

Au Québec, le Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué (PPPSBS) – mis sur pied par des professionnels du CHU Sainte-Justine – a comme particularité d'inclure, en plus des éléments déjà ciblés par les programmes américains, une partie dédiée aux émotions pouvant être déclenchées par les pleurs d'un bébé [216,222]. De façon novatrice, ce programme vise particulièrement à favoriser le recours à des stratégies d'adaptation par la reconnaissance et la gestion de la colère. Il se décline en trois phases principales, successives et complémentaires, où la répétition et la bonification des messages à visée préventive sont prévues. Essentiellement, la phase I vise la période de la naissance, la phase II intervient dans les premiers mois de vie, et la phase III poursuit selon les besoins ou les vulnérabilités spécifiques de l'enfant ou des familles. Les données recueillies jusqu'à maintenant démontrent un très haut taux d'adhésion à la phase I du programme dans les maisons de naissance, les maternités et les unités néonatales. Aussi, dans plus de 85 % des familles, les deux parents étaient présents lors de l'enseignement donné par l'infirmière. Cependant, les phases II et III sont limitées dans leur implantation, principalement par manque de fonds. La phase II prévoit des interventions à des moments précis du développement du nourrisson, soit lors des visites postnatales à domicile, soit lors des visites au CLSC. Pour les familles identifiées comme étant plus vulnérables, une intervention systématique est prévue lorsque le nourrisson a entre 4 et 8 semaines de vie, au moment où les pleurs persistants surviennent. Ainsi, le PPPSBS prévoit diverses interventions qui peuvent s'insérer dans le continuum de soins et de services déjà offert aux nourrissons et aux familles du Québec. Il s'agit d'un programme qui associe des messages visant le développement des connaissances, tout en intervenant sur le plan de la régulation des émotions et en ciblant de façon plus spécifique les familles les plus vulnérables.

Même s'il n'est pas possible d'évaluer l'impact du PPPSBS sur l'incidence des TCNA pour le moment, la poursuite de son implantation est certainement la bonne chose à faire [223].

Au cours des années, de nombreuses publications ont démontré que certains enfants étaient victimes d'une escalade de violence, et que des opportunités d'intervention ont été manquées avant que des gestes pouvant compromettre leur vie soient posés [206,224–229]. Conséquemment, la définition récente des « lésions sentinelles » dans la littérature médicale permet la conceptualisation d'un nouvel outil de prévention des abus physiques sévères [207,230].

Définition des lésions sentinelles

- Blessures mineures :
Exemples : ecchymoses, blessures à la bouche, brûlures mineures et lésions musculo-squelettiques;
Exclusions : rougeurs transitoires, égratignures et petites abrasions.
- Chez l'enfant ne pouvant se déplacer en faisant quelques pas alors qu'il se tient aux objets.
- Visibles ou détectables par les responsables de l'enfant.
- Inexpliquées ou non parfaitement expliquées.

Les lésions sentinelles précèdent souvent des blessures sévères chez les jeunes victimes d'abus physiques, et elles sont rares chez ceux qui n'en sont pas victimes. Elles ne sont pas significatives cliniquement parce qu'elles ne nécessitent pas de traitement, et parce qu'elles guérissent rapidement et complètement. Leur dépistage et leur identification, associés à une réponse appropriée, pourraient prévenir jusqu'à un tiers des situations d'abus physiques sévères évaluées en centre tertiaire pédiatrique [230]. Ainsi, les enfants chez qui on rapporte ou chez qui on constate des lésions sentinelles devraient être évalués rapidement par un médecin, et l'investigation à la recherche de blessures occultes devrait être complétée. Aussi, leur situation devrait être signalée aux autorités compétentes [207].

Des auteurs suggèrent que l'enseignement concernant la signification des lésions sentinelles aux différents professionnels œuvrant auprès des très jeunes enfants pourrait contribuer à prévenir les TCNA et les abus physiques sévères, et jouer un rôle significatif dans l'amélioration du bien-être et de la sécurité de ces enfants [207].

En conclusion, les défis liés à la prévention des TCNA demeurent et sont mis en évidence par la littérature récente sur le sujet. Les facteurs conduisant aux abus physiques sévères envers les tout-petits sont complexes, et leur prévention ne peut venir des efforts d'un seul groupe de professionnels. Il s'agit, en fait, d'une responsabilité collective. L'enseignement et le développement de compétences individuelles chez les intervenants qui travaillent auprès des jeunes enfants, certains changements organisationnels et des innovations au sein de certains programmes peuvent faire partie des solutions permettant de prévenir les TCNA. Étant donné leur fardeau économique, sociétal, familial et individuel, les efforts doivent se poursuivre pour développer et évaluer de façon rigoureuse des initiatives de prévention.

Une certaine portion des TCNA a été imputée aux gardiens et gardiennes d'enfants. Ainsi, les parents devraient faire preuve de prudence lorsque vient le moment de choisir quelqu'un pour s'occuper de leurs tout-petits. Les enfants ne devraient pas être laissés avec des personnes qui ont de la difficulté à contrôler leur colère ou qui éprouvent du ressentiment envers eux, et ce, même pendant une courte période (Société canadienne de pédiatrie, 2001). Il a été suggéré que le fait d'étendre aux gardiens et gardiennes l'enseignement des dangers de secouer ou d'infliger un impact à la tête d'un enfant puisse avoir un effet préventif [221].

La Société canadienne de pédiatrie recommande la création d'une base de données nationale des cas de TCNA dans le but de mieux comprendre leur épidémiologie et de contribuer à l'élaboration de pratiques exemplaires, entre autres sur le plan des approches préventives [231]. Le Québec devrait pouvoir collaborer à la création de cette banque de données.

Références

- [1] Lynch M. A. « Child abuse before Kempe: an historical literature review ». *Child Abuse Negl.* 1985. Vol. 9, n°1, p. 7-15.
- [2] Labbé J. « Ambroise Tardieu: the man and his work on child maltreatment a century before Kempe ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Avril 2005. Vol. 29, n°4, p. 311-324. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.03.002>
- [3] Kempe C. H. et collab. « The battered-child syndrome ». *JAMA* [En ligne]. 7 juillet 1962. Vol. 181, n°1, p. 17-24. Disponible sur : <https://doi.org/10.1001/jama.1962.03050270019004>
- [4] Cliche M. A. *Maltraiter ou punir. La violence envers les enfants dans les familles québécoises 1850-1969*. Montréal : Boréal, 2007. 422 p.
- [5] Clément M.-È., Dufour S. *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*. Éditions CEC. Montréal, 2009. 237 p.
- [6] Afifi T. O. « Child maltreatment in Canada: an understudied public health problem ». *Can J Public Health* [En ligne]. 16 juin 2011. Vol. 102, n°6, p. 459-61. Disponible sur : <https://doi.org/10.17269/cjph.102.2778>
- [7] Krug E. G. et collab. « The world report on violence and health ». *The Lancet* [En ligne]. 5 octobre 2002. Vol. 360, n°9339, p. 1083-1088. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
- [8] Merrick J., Browne K. D. « Child abuse and neglect- a public health concern ». *Public Health Rev.* 1999. Vol. 27, n°4, p. 279-293.
- [9] Bouchard C. et collab. *Un Québec fou de ses enfants - rapport du groupe de travail pour les jeunes*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991.
- [10] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec : Gouvernement du Québec, 1997.
- [11] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : Gouvernement du Québec, 2003.
- [12] 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.
- [13] Gouvernement du Québec. *Loi sur la protection de la jeunesse*. [En ligne]. Québec : Éditeur officiel du Québec, 2016. Disponible sur : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1> (consulté le 22 décembre 2016)
- [14] Durrant J. E. et collab. « Protection of children from physical maltreatment in Canada: an evaluation of the Supreme Court's definition of reasonable force ». *J. Aggress. Maltreatment Trauma* [En ligne]. 14 janvier 2009. Vol. 18, n°1, p. 64-87. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/10926770802610640>
- [15] Canadian Foundation for Children. *Canadian Foundation for Children. Youth and the Law c. Canada (Procureur général)*. [En ligne]. 2004. Disponible sur : <http://canlii.ca/t/1g98z> (consulté le 22 décembre 2016)
- [16] Clément M.-È., Chamberland C., Bouchard C. « Prevalence, co-occurrence and decennial trends of family violence toward children in the general population ». *Can J Public Health* [En ligne]. 2015. Vol. 106, n°7, p. 31-37. Disponible sur : <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4839>
- [17] Clément M.-È. « La violence physique envers les enfants : le cas particulier de la punition corporelle ». *Rev. Psychoéducation*. 2011. Vol. 40, n°1, p. 121-134.
- [18] Watkinson A. M. « Supreme Court of Canada stands behind corporal punishment – sort of... » *Int. Soc. Work* [En ligne]. 1 juillet 2006. Vol. 49, n°4, p. 531-535. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0020872806065329>
- [19] Phillips B., Alderson P. « Beyond “anti-smacking” : challenging violence and coercion in parent-child relations ». *Int. J. Child. Rights* [En ligne]. 1 juin 2003. Vol. 11, n°2, p. 175-197. Disponible sur : <https://doi.org/10.1163/092755603322397250>
- [20] Durrant J. E. « Physical punishment, culture, and rights: current issues for professionals ». *J. Dev. Behav. Pediatr. JDBP* [En ligne]. Février 2008. Vol. 29, n°1, p. 55-66. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318135448a>
- [21] Gershoff E. T., Grogan-Kaylor A. « Spanking and child outcomes: old controversies and new meta-analyses ». *J. Fam. Psychol. JFP J. Div. Fam. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div. 43* [En ligne]. Juin 2016. Vol. 30, n°4, p. 453-469. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/fam0000191>
- [22] Gershoff E. T. « Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review ». *Psychol. Bull.* Juillet 2002. Vol. 128, n°4, p. 539-579.
- [23] Paolucci E. O., Violato C. « A meta-analysis of the published research on the affective, cognitive, and behavioral effects of corporal punishment ». *J. Psychol.* [En ligne]. Mai 2004. Vol. 138, n°3, p. 197-221. Disponible sur : <https://doi.org/10.3200/JRLP.138.3.197-222>
- [24] Ferguson C. J. « Spanking, corporal punishment and negative long-term outcomes: a meta-analytic review of longitudinal studies ». *Clin. Psychol. Rev.* [En ligne]. Février 2013. Vol. 33, n°1, p. 196-208. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.002>
- [25] Larzelere R. E., Kuhn B. R. « Comparing child outcomes of physical punishment and alternative disciplinary tactics: a meta-analysis ». *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* mars 2005. Vol. 8, n°1, p. 1-37.
- [26] Chamberland C. *Violence parentale et violence conjugale. Des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées*. Presses de l'Université du Québec. Sainte-Foy, 2003. 396 p.

- [28] Dubowitz H. « Understanding and addressing the “neglect of neglect:” digging into the molehill ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Juin 2007. Vol. 31, n°6, p. 603-606. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.04.002>
- [29] Dufour S. et collab. « Child abuse in a disciplinary context: a typology of violent family environments ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. 1 novembre 2011. Vol. 26, n°8, p. 595-606. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9394-0>
- [30] English D. J., Bangdiwala S. I., Runyan D. K. « The dimensions of maltreatment: introduction ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Mai 2005. Vol. 29, n°5, p. 441-460. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.023>
- [31] Higgins D. J. « The importance of degree versus type of maltreatment: a cluster analysis of child abuse types ». *J. Psychol.* [En ligne]. Juillet 2004. Vol. 138, n°4, p. 303-324. Disponible sur : <https://doi.org/10.3200/JRPL.138.4.303-324>
- [32] Paquette D., Bigras M., Crepaldi M. A. « La violence : un jugement de valeur sur les rapports de pouvoir ». *Rev. Psychoéducation.* 2010. Vol. 39, n°2, p. 247-276.
- [33] Feerick M., Snow K. « An examination of research in child abuse and neglect: past practices and future directions ». In : Feerick M et collab. (éd.), *Child Abuse Negl. Defin. Classif. Framew. Res.* Baltimore : Brookes Publishing, 2006.
- [34] English D. J. et collab. « Defining maltreatment chronicity: are there differences in child outcomes? ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Mai 2005. Vol. 29, n°5, p. 575-595. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.08.009>
- [35] Manly J. T., Cicchetti D., Barnett D. « The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems ». *ResearchGate* [En ligne]. 1 décembre 1994. Vol. 6, n°01, p. 121-143. Disponible sur : <https://doi.org/10.1017/S0954579400005915>
- [36] Straus M. A., Field C. J. « Psychological aggression by American parents: national data on prevalence, chronicity, and severity ». *J. Marriage Fam.* [En ligne]. 1 novembre 2003. Vol. 65, n°4, p. 795-808. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00795.x>
- [37] Éthier L. S., Couture G., Lacharité C. « Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. 1 février 2004. Vol. 19, n°1, p. 13-24. Disponible sur : <https://doi.org/10.1023/B:JOFV.0000011579.18333.c9>
- [38] Clemmons J. C. et collab. « Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology ». *Child Maltreat.* [En ligne]. Mai 2007. Vol. 12, n°2, p. 172-181. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077559506298248>
- [39] Higgins D. J., McCabe M. P. « Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. Novembre 2001. Vol. 6, n°6, p. 547-578. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00030-6](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00030-6)
- [40] Lau A. S. et collab. « What’s in a name? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Mai 2005. Vol. 29, n°5, p. 533-551. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.05.005>
- [41] Claussen A. H., Crittenden P. M. « Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. 1 janvier 1991. Vol. 15, n°1, p. 5-18. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(91\)90085-R](https://doi.org/10.1016/0145-2134(91)90085-R)
- [42] Kinard E. M. « Classifying type of child maltreatment: does the source of information make a difference? ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. 1 mars 1998. Vol. 13, n°1, p. 105-112. Disponible sur : <https://doi.org/10.1023/A:1022816917865>
- [43] Larrivée M.-C., Tourigny M., Bouchard C. « Child physical abuse with and without other forms of maltreatment: dysfunctionality versus dysnormality ». *Child Maltreat.* [En ligne]. Novembre 2007. Vol. 12, n°4, p. 303-313. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077559507305832>
- [44] McGee R. A. et collab. « The measurement of maltreatment: a comparison of approaches ». *Child Abuse Negl.* février 1995. Vol. 19, n°2, p. 233-249.
- [45] Appel A. E., Holden G. W. « The co-occurrence of spouse and physical child abuse: a review and appraisal ». *ResearchGate* [En ligne]. 1 décembre 1998. Vol. 12, n°4, p. 578-599. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0893-3200.12.4.578>
- [46] Shipman K. L., Rossman B. B. R., West J. C. « Co-occurrence of spousal violence and child abuse : conceptual implications ». *Child Maltreat.* [En ligne]. 1 mai 1999. Vol. 4, n°2, p. 93-102. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077559599004002002>
- [47] 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>
- [48] Hamilton C. E., Browne K. D. « The repeat victimization of children: should the concept be revised? ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. 1 mars 1998. Vol. 3, n°1, p. 47-60. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(97\)00007-4](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(97)00007-4)
- [49] Widom C. S., Czaja S. J., Dutton M. A. « Childhood victimization and lifetime revictimization ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. août 2008. Vol. 32, n°8, p. 785-796. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.12.006>
- [50] Hélie S., Bouchard C. « Recurrent reporting of child maltreatment: state of knowledge and avenues for research ». *Child. Youth Serv. Rev.* [En ligne]. Mars 2010. Vol. 32, n°3, p. 416-422. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.10.013>

- [51] Hélie S. et collab. « A developmental approach to the risk of a first recurrence in child protective services ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Décembre 2013. Vol. 37, n°12, p. 1132-1141. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.05.001>
- [52] Hélie S., Poirier M.-A., Turcotte D. « Risk of maltreatment recurrence after exiting substitute care: impact of placement characteristics ». *Child. Youth Serv. Rev.* [En ligne]. Novembre 2014. Vol. 46, p. 257-264. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiayouth.2014.09.002>
- [53] Way I. et collab. « Maltreatment perpetrators: a 54-month analysis of recidivism ». *Child Abuse Negl.* août 2001. Vol. 25, n°8, p. 1093-1108.
- [54] Lynch M., Cicchetti D. « An ecological-transactional analysis of children and contexts: the longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology ». *Dev. Psychopathol.* 1998. Vol. 10, n°2, p. 235-257.
- [55] Gagné M.-H., Lavoie F., Hébert M. « Victimization during childhood and revictimization in dating relationships in adolescent girls ». *Child Abuse Negl.* octobre 2005. Vol. 29, n°10, p. 1155-1172.
- [56] Finkelhor D., Ormrod R. K., Turner H. A. « Poly-victimization: a neglected component in child victimization ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Janvier 2007. Vol. 31, n°1, p. 7-26. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- [57] Hamby S., Finkelhor D., Turner H. « Origine et développement du concept de polyvictimisation ». *Criminologie* [En ligne]. 2014. Vol. 47, n°1, p. 11-15. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1024004ar>
- [58] 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>
- [59] Cyr K., Clément M.-È., Chamberland C. « Lifetime prevalence of multiple victimizations and its impact on children's mental health ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. Mars 2014. Vol. 29, n°4, p. 616-634. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0886260513505220>
- [60] Finkelhor D., Ormrod R. K., Turner H. A. « Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Juillet 2009. Vol. 33, n°7, p. 403-411. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012>
- [61] Clément M.-È., Chamberland C., Trocmé N. « Épidémiologie de la maltraitance et de la violence envers les enfants au Québec ». *Santé Société Solidar.* [En ligne]. 2009. Vol. 8, n°1, p. 27-38. Disponible sur : <https://doi.org/10.3406/oss.2009.1313>
- [62] Sedlak A. J. et collab. *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress | Office of Planning, Research & Evaluation | Administration for Children and Families.* [En ligne]. Washington, DC : U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families., 2010. Disponible sur : <https://www.acf.hhs.gov/opre/resource/fourth-national-incidence-study-of-child-abuse-and-neglect-nis-4-report-to> (consulté le 5 janvier 2017)
- [63] Hélie S. « Surveillance en protection de la jeunesse: le tango des chiffres | Canadian Child Welfare Research Portal ». *Rev. Psychoéducation.* 2007. Vol. 36, n°2, p. 305-316.
- [64] Tourigny M., Lavergne C. « Incidence de l'abus et la négligence envers les enfants : recension des écrits ». *Criminologie* [En ligne]. 2000. Vol. 33, n°1, p. 47-72. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/004730ar>
- [65] Hélie S., Clément M.-È., Larrivée M.-C. « Epidemiological considerations in the conceptualization and utilization of "Prevalence" and "Incidence rate" in family violence research: a reply to Brownridge and Halli (1999) ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. 1 août 2003. Vol. 18, n°4, p. 219-225. Disponible sur : <https://doi.org/10.1023/A:1024016330893>
- [66] Euser S. et collab. « The prevalence of child maltreatment in the Netherlands across a 5-year period ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Octobre 2013. Vol. 37, n°10, p. 841-851. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.004>
- [67] Hélie S. et collab. « Québec Incidence Study on the situations investigated by child protective services: Major findings for 2008 and comparison with 1998 ». *Can J Public Health* [En ligne]. 14 mars 2016. Vol. 106, n°7, p. 7-13. Disponible sur : <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4827>
- [68] Hélie S. et collab. *Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014). Rapport final déposé à la Direction des jeunes et des familles du MSSS.* Montréal : Centre intégré universitaire de santé et services sociaux-Centre sud de l'Île-de-Montréal., 2017.
- [69] Hélie S. et collab. *Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2008 (ÉIQ-2008). Rapport final.* Montréal : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2012.
- [70] Tourigny M. et collab. *Québec Incidence Study of reported child abuse, neglect, abandonment and serious behaviour problems (QIS).* Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale, 2003.
- [71] Turcotte D. et collab. *Étude sur l'incidence et les caractéristiques de la maltraitance signalée à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec. La situation en 2003.* Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, 2007.
- [72] Ouimet M. « Les violences contre les enfants selon les données policières ». In : *Var. Taux Mauvais Trait. Envers Enfants Réal. Épidémiologiques Ou Chang. Normes Actes Colloq. Dans Cadre 74e Congrès Annu. L'ACFAS Mai 2006.* Montréal : CREF/ GRAVE-ARDEC, 2007. p. 38-42.

- [73] Dubé M., Hodgins S. « Filicides maternels et paternels maltraitants : facteurs de risque et indices comportementaux précurseurs ». *Rev. Québécoise Psychol.* 2001. Vol. 22, n°3, p. 81-100.
- [74] Léveillé S., Marleau J. D., Dubé M. « Filicide: a comparison by sex and presence or absence of self-destructive behavior ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. 1 juillet 2007. Vol. 22, n°5, p. 287-295. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9081-3>
- [75] Guay D., Lavergne C., Mayer M. *Ampleur des menaces au bien-être des enfants en contexte familial. Faisabilité d'une stratégie d'enquête.* Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2002.
- [76] Tourigny M. et collab. « Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise ». *Can J Public Health* [En ligne]. 1 mars 2006. Vol. 97, n°2, p. 109-13. Disponible sur : <https://doi.org/10.17269/cjph.97.682>
- [77] Tourigny M. et collab. « Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population ». *Aust. N. Z. J. Public Health* [En ligne]. Août 2008. Vol. 32, n°4, p. 331-335. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2008.00250.x>
- [78] Bouchard C., Tessier R. « Conduites à caractère violent à l'endroit des enfants ». In : Lavallée C, Clarkson M, Chénard L (éd.). *Conduites À Caractère Violent Dans Résolution Confl. Entre Proches Monogr. No 2 Enq. Soc. Santé 1992-1993.* Montréal, 1996. p. 21-76.
- [79] Laferrière S., Bouchard C. « Illustration de la capacité discriminante du Questionnaire sur la résolution des conflits dans la mesure de la violence parentale. [Illustration of the discriminatory capacity of the Conflict Resolution Questionnaire to measure parental violence] ». *Can. J. Behav. Sci. Rev. Can. Sci. Comport.* [En ligne]. 1996. Vol. 28, n°1, p. 70-73. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0008-400X.28.1.70>
- [80] Straus M. A., Gelles R. J. *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 Families.* Revised edition. New Brunswick N.J., U.S.A. : Transaction Publishers, 1989. 622 p.
- [81] Straus M. A. et collab. « Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents ». *Child Abuse Negl.* avril 1998. Vol. 22, n°4, p. 249-270.
- [82] Clément M.-È. et collab. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999.* Québec : Institut de la statistique du Québec, 2000.
- [83] Clément M.-È., Chamberland C., Côté L. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004.* Québec : Institut de la statistique du Québec, 2005.
- [84] Clément M.-È. et collab. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012. Les attitudes parentales et les pratiques familiales.* Québec : Institut de la statistique du Québec, 2013.
- [85] Clément M.-È., Chamberland C. « Trends in corporal punishment and attitudes in favour of this practice: toward a change in societal norms ». *Can. J. Commun. Ment. Health* [En ligne]. 1 décembre 2014. Vol. 33, n°2, p. 13-29. Disponible sur : <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2014-013>
- [86] Holt M. K., Strauss M. A., Kaufman-Kantor G. *A short form of the parent-report multidimensional neglectful behavior scale.* Durham : Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 2004.
- [87] Clément M.-È., Bérubé A., Chamberland C. « Prevalence and risk factors of child neglect in the general population ». *Public Health* [En ligne]. Septembre 2016. Vol. 138, p. 86-92. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.03.018>
- [88] Clément M.-È., Bérubé A., Chamberland C. « Validation de la version française de l'Échelle multidimensionnelle des conduites de négligence parentale ». *Rev. Can. Psychiatr.* 2017. Vol. 62, n°8,.
- [89] Finkelhor D. et collab. *The Juvenile Victimization Questionnaire: 2nd Revision (JVQ-R).* Durham : Crimes against Children Research Center, 2011.
- [90] Fallon B. et collab. *Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2008 (OIS-2008) | Canadian Child Welfare Research Portal.* [En ligne]. Toronto, Ontario : Child Welfare Research Portal, 2010. Disponible sur : <http://cwrp.ca/publications/2293>
- [91] Fallon B. et collab. *Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2013 (OIS-2013) | Canadian Child Welfare Research Portal.* [En ligne]. Toronto, Ontario : Child Welfare Research Portal, 2015. Disponible sur : <http://cwrp.ca/publications/OIS-2013> (consulté le 22 décembre 2016)
- [92] MacLaurin B. et collab. *Saskatchewan Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2008 (SIS-2008): Major Findings | Canadian Child Welfare Research Portal.* [En ligne]. Calgary, AB : University of Calgary, 2011. Disponible sur : <http://cwrp.ca/fr/publications/2383>
- [93] MacLaurin B. et collab. *Alberta Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2008 (AIS-2008): Major Findings | Canadian Child Welfare Research Portal.* [En ligne]. Calgary, AB : University of Calgary, 2013. Disponible sur : <http://cwrp.ca/fr/publications/2758>
- [94] Trocmé N. et collab. *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect 1998 (CIS-1998): final report | Canadian Child Welfare Research Portal.* [En ligne]. Ottawa : Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001. Disponible sur : <http://cwrp.ca/publications/885>
- [95] Trocmé N. et collab. *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2003: major findings (CIS-2003).* Ottawa : Minister of Public Works and Government Services of Canada, 2005.
- [96] Trocmé N. et collab. « Rates and outcomes of maltreatment-related investigations in CIS-1998, CIS-2003 and CIS-2008 ». In : Public Health Agency of Canada (éd.). *Can. Incid. Study Rep. Child Abuse Negl. 2008.* Ottawa, 2010.

- [97] Finkelhor D. et collab. *Updated trends in child maltreatment, 2012*. Durham : Crimes against Children Research Center, 2013.
- [98] Gilbert R. et collab. « Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries ». *The Lancet* [En ligne]. 25 février 2012. Vol. 379, n°9817, p. 758-772. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61087-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61087-8)
- [99] Fallon B. et collab. « Responding to child maltreatment in Canada: context for international comparisons ». *Adv. Ment. Health* [En ligne]. Octobre 2012. Vol. 11, n°1, p. 76-86. Disponible sur : <https://doi.org/10.5172/jamh.2012.11.1.76>
- [100] Perron J. L. et collab. « Child and Parent Characteristics Associated With Canadian Parents' Reports of Spanking ». *Can. J. Commun. Ment. Health* [En ligne]. 1 décembre 2014. Vol. 33, n°2, p. 31-45. Disponible sur : <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2014-014>
- [101] Finkelhor D. et collab. « Trends in childhood violence and abuse exposure: evidence from 2 national surveys ». *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* [En ligne]. Mars 2010. Vol. 164, n°3, p. 238-242. Disponible sur : <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.283>
- [102] Hillis S. et collab. « Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates ». *Pediatrics* [En ligne]. 25 janvier 2016. p. peds.2015-4079. Disponible sur : <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
- [103] Taylor C. A. et collab. « Mothers' spanking of 3-year-old children and subsequent risk of children's aggressive behavior ». *Pediatrics* [En ligne]. 6 avril 2010. p. peds.2009-2678. Disponible sur : <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2678>
- [104] Theodore A. et collab. « Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas ». *Pediatrics* [En ligne]. Mars 2005. Vol. 115, n°3, p. e331-337. Disponible sur : <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1033>
- [105] Zolotor A. J. et collab. « Corporal punishment and physical abuse: population-based trends for three-to-11-year-old children in the United States ». *Child Abuse Rev.* [En ligne]. 1 janvier 2011. Vol. 20, n°1, p. 57-66. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/car.1128>
- [106] Hamby S. et collab. « The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. octobre 2010. Vol. 34, n°10, p. 734-741. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.03.001>
- [107] Theodore A., Chang J. J., Runyan D. « Measuring the risk of physical neglect in a population-based sample ». *Child Maltreat.* [En ligne]. Février 2007. Vol. 12, n°1, p. 96-105. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077559506296904>
- [108] Stoltenborgh M. et collab. « The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta-analyses ». *Child Abuse Rev.* [En ligne]. 1 janvier 2015. Vol. 24, n°1, p. 37-50. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- [109] Miller-Perrin C. L., Perrin R. D. *Child Maltreatment: an Introduction*. 3 édition. Thousand Oaks : Sage Publications, 2012. 448 p.
- [110] Belsky J. « Child maltreatment: an ecological integration ». *Am. Psychol.* avril 1980. Vol. 35, n°4, p. 320-335.
- [111] Belsky J. « Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis ». *Psychol. Bull.* novembre 1993. Vol. 114, n°3, p. 413-434.
- [112] Bronfenbrenner U. « Toward an experimental ecology of human development ». *Am. Psychol.* [En ligne]. 1977. Vol. 32, n°7, p. 513-531. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- [113] Bronfenbrenner U. « Ecology of the family as a context for human-development - research perspectives ». *ResearchGate* [En ligne]. 1 novembre 1986. Vol. 22, n°6, p. 723-742. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- [114] Bronfenbrenner U. « Le modèle « processus-personne-contexte-temps » dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implication ». In : Tessier R, Tarabulsky GM (éd.). *Modèle Écologique Dans L'étude Dév. L'enfant*. Sainte-Foy, 1996. p. 9-58.
- [115] Cicchetti D., Lynch M. « Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development ». *Psychiatry*. Février 1993. Vol. 56, n°1, p. 96-118.
- [116] Black D. A., Heyman R. E., Smith Slep A. M. « Risk factors for child physical abuse ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. 1 mars 2001. Vol. 6, n°2, p. 121-188. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00021-5](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00021-5)
- [117] Black D. A., Smith Slep A. M., Heyman R. E. « Risk factors for child psychological abuse ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. Mars 2001. Vol. 6, n°2-3, p. 189-201. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00022-7](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00022-7)
- [118] Evans R., Garner P., Honig A. S. « Prevention of violence, abuse, and neglect in early childhood: a review of the literature on research, policy and practice ». *ResearchGate* [En ligne]. 1 octobre 2014. Vol. 184, n°9-10,. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/03004430.2014.910327> (consulté le 22 décembre 2016)
- [119] Hildyard K., Wolfe D. « Cognitive processes associated with child neglect ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Août 2007. Vol. 31, n°8, p. 895-907. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.007>
- [120] Lansford J. E. et collab. « Individual, family, and culture level contributions to child physical abuse and neglect: A longitudinal study in nine countries ». *Dev. Psychopathol.* [En ligne]. Novembre 2015. Vol. 27, n°4 Pt 2, p. 1417-1428. Disponible sur : <https://doi.org/10.1017/S095457941500084X>
- [121] Schumacher J. A., Slep A. M. S., Heyman R. E. « Risk factors for child neglect ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. Mars 2001. Vol. 6, n°2-3, p. 231-254. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00024-0](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00024-0)

- [122] Sidebotham P., Heron J., ALSPAC Study Team. « Child maltreatment in the “children of the nineties”: a cohort study of risk factors ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Mai 2006. Vol. 30, n°5, p. 497-522. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.005>
- [123] Slack K. S. et collab. « Risk and protective factors for child neglect during early childhood: a cross-study comparison ». *Child. Youth Serv. Rev.* [En ligne]. Août 2011. Vol. 33, n°8, p. 1354-1363. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.024>
- [124] Stith S. M. et collab. « Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. 1 janvier 2009. Vol. 14, n°1, p. 13-29. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- [125] Stith S. M. et collab. « Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. Janvier 2009. Vol. 14, n°1, p. 13-29. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- [126] McTavish J. R. et collab. « Children’s exposure to intimate partner violence: an overview ». *Int. Rev. Psychiatry Abingdon Engl.* [En ligne]. Octobre 2016. Vol. 28, n°5, p. 504-518. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1205001>
- [127] Coulton C. J. et collab. « How neighborhoods influence child maltreatment: a review of the literature and alternative pathways ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Décembre 2007. Vol. 31, n°11-12, p. 1117-1142. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.03.023>
- [128] Chambers R. M., Potter C. C. « Family needs in child neglect cases: a cluster analysis ». *Fam. Soc. J. Contemp. Soc. Serv.* [En ligne]. 1 janvier 2009. Vol. 90, n°1, p. 18-27. Disponible sur : <https://doi.org/10.1606/1044-3894.3841>
- [129] Clément M.-È. et collab. « Taxinomie des besoins des enfants dont les mauvais traitements ou les troubles de comportement ont été jugés fondés par la direction de la protection de la jeunesse ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Octobre 2009. Vol. 33, n°10, p. 750-765. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.08.001>
- [130] Larrivé M.-C. et collab. « L’abus physique avec ou sans autres formes de mauvais traitements : deux réalités? ». *Rev. Psychoéducation.* 2009. Vol. 38, n°1, p. 73-95.
- [131] Sabourin Ward C., Haskett M. E. « Exploration and validation of clusters of physically abused children ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Mai 2008. Vol. 32, n°5, p. 577-588. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.07.012>
- [132] Masten A. S., Wright M. O. « Cumulative risk and protection models of child maltreatment ». *ResearchGate* [En ligne]. 22 octobre 2008. Vol. 2, n°1, p. 7-30. Disponible sur : https://doi.org/10.1300/J146v02n01_02 (consulté le 5 janvier 2017)
- [133] Begle A. M., Dumas J. E., Hanson R. F. « Predicting child abuse potential: an empirical investigation of two theoretical frameworks ». *J. Clin. Child Adolesc. Psychol. Off. J. Soc. Clin. Child Adolesc. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div. 53* [En ligne]. Mars 2010. Vol. 39, n°2, p. 208-219. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/15374410903532650>
- [134] MacKenzie M. J., Kotch J. B., Lee L.-C. « Toward a cumulative ecological risk model for the etiology of child maltreatment ». *Child. Youth Serv. Rev.* [En ligne]. septembre 2011. Vol. 33, n°9, p. 1638-1647. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.018>
- [135] MacKenzie M. J. et collab. « A cumulative ecological-transactional risk model of child maltreatment and behavioral outcomes: Reconceptualizing early maltreatment report as risk factor ». *Child. Youth Serv. Rev.* [En ligne]. novembre 2011. Vol. 33, n°11, p. 2392-2398. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.08.030>
- [136] Thornberry T. P. et collab. « Adolescent risk factors for child maltreatment ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Avril 2014. Vol. 38, n°4, p. 706-722. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.009>
- [137] Fuller-Thomson E., Sawyer J.-L. « Is the cluster risk model of parental adversities better than the cumulative risk model as an indicator of childhood physical abuse?: findings from two representative community surveys ». *Child Care Health Dev.* [En ligne]. Janvier 2014. Vol. 40, n°1, p. 124-133. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/cch.12024>
- [138] Lamela D., Figueiredo B. « A cumulative risk model of child physical maltreatment potential: findings from a community-based study ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. 20 novembre 2015. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0886260515615142>
- [139] Woodward L. J., Fergusson D. M. « Parent, child, and contextual predictors of childhood physical punishment ». *Infant Child Dev.* [En ligne]. 1 septembre 2002. Vol. 11, n°3, p. 213-235. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/icd.252>
- [140] Nemeroff C. B. « Paradise lost : the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect ». *Neuron* [En ligne]. 2 mars 2016. Vol. 89, n°5, p. 892-909. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019>
- [141] 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>
- [142] Sylvestre A., Bussièrès È.-L., Bouchard C. « Language problems among abused and neglected children: a meta-analytic review ». *Child Maltreat.* [En ligne]. Février 2016. Vol. 21, n°1, p. 47-58. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077559515616703>
- [143] Bolger K. E., Patterson C. J. « Pathways from child maltreatment to internalizing problems: perceptions of control as mediators and moderators ». *Dev. Psychopathol.* 2001. Vol. 13, n°4, p. 913-940.

- [144] Cicchetti D. « Child maltreatment: implications for developmental theory and research ». *Hum. Dev.* [En ligne]. 1 juillet 1996. Vol. 39, n°1, p. 18-39. Disponible sur : <https://doi.org/10.1159/000278377>
- [145] Cicchetti D., Rogosch F. A. « Equifinality and multifinality in developmental psychopathology ». *Dev. Psychopathol.* [En ligne]. Octobre 1996. Vol. 8, n°4, p. 597-600. Disponible sur : <https://doi.org/10.1017/S0954579400007318>
- [146] Holt S., Buckley H., Whelan S. « The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Août 2008. Vol. 32, n°8, p. 797-810. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>
- [147] Manly J. T. et collab. « Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: contributions of developmental timing and subtype ». *Dev. Psychopathol.* 2001. Vol. 13, n°4, p. 759-782.
- [148] Infurna M. R. et collab. « Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: a meta-analysis ». *J. Affect. Disord.* [En ligne]. 15 janvier 2016. Vol. 190, p. 47-55. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.006>
- [149] Luke N., Banerjee R. « Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: a meta-analysis and systematic review ». *Dev. Rev.* [En ligne]. Mars 2013. Vol. 33, n°1, p. 1-28. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.dr.2012.10.001>
- [150] Maguire S. A. et collab. « A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse ». *Child Care Health Dev.* [En ligne]. septembre 2015. Vol. 41, n°5, p. 641-653. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/cch.12227>
- [151] Quarti Irigaray T. et collab. « Child maltreatment and later cognitive functioning: a systematic review ». *Psicol. Reflexao E Crit.* 2013. Vol. 26, n°2, p. 376-387.
- [152] Watts-English T. et collab. « The psychobiology of maltreatment in childhood ». *J. Soc. Issues* [En ligne]. 1 décembre 2006. Vol. 62, n°4, p. 717-736. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2006.00484.x>
- [153] Turner H. A., Finkelhor D., Ormrod R. « The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents ». *Soc. Sci. Med.* [En ligne]. janvier 2006. Vol. 62, n°0277-9536 (Print), p. 13-27. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.030>
- [154] Levendosky A. A., Graham-Bermann S. A. « The moderating effects of parenting stress on children's adjustment in woman-abusing families ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. 1 juin 1998. Vol. 13, n°3, p. 383-397. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/088626098013003005>
- [155] Gagné M.-H., Drapeau S., Saint-Jacques M.-C. « Qu'est-ce qui fonctionne pour prévenir la maltraitance envers les enfants? ». In : *Enfants Maltraités Affliction À Espoir - Pist. Compr. Action.* Québec : Presses de l'Université Laval, 2012. p. 9-40.
- [156] Lavergne C., Dufour S. « Prévention et traitement en matière de violence physique envers les enfants ». In : Clément M.-É., Dufour S (éd.). *Violence À Légard Enfants En Milieu Fam.* Anjou, 2009.
- [157] Fang X. et collab. « The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Février 2012. Vol. 36, n°2, p. 156-165. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.006>
- [158] 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)
- [159] Wang C.-T., Holton J. « Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States ». *Econ. Impact Study.* 2007.
- [160] Egeland B., Bosquet M., Chung A. L. « Continuities and discontinuities in the intergenerational transmission of child maltreatment: implication for breaking the cycle of abuse ». In : Browne KD et collab. (éd.). *Early Predict. Prev. Child Abuse Handb.* New York, 2002.
- [161] Hammond W. R. « Public health and child maltreatment prevention: the role of the Centers for Disease Control and Prevention ». *Child Maltreat.* Mai 2003. Vol. 8, n°2, p. 81-83.
- [162] Whitaker D. J., Lutzker J. R., Shelley G. A. « Child maltreatment prevention priorities at the Centers for Disease Control and Prevention ». *Child Maltreat.* [En ligne]. Août 2005. Vol. 10, n°3, p. 245-259. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077559505274674>
- [163] Organisation mondiale de la santé. *Orientations stratégiques pour améliorer la santé et le développement des enfants et des adolescents.* [En ligne]. Organisation mondiale de la santé, 2003. Disponible sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591064/fr/ (consulté le 10 juillet 2010)
- [164] Organisation mondiale de la santé. *INSPIRE: sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants.* [En ligne]. Organisation mondiale de la santé, 2015. Disponible sur : <http://www.girlsnotbrides.org/reports-and-publications/inspire-strategies-violence-enfants/>
- [165] Organisation mondiale de la santé, International society for prevention of child abuse and neglect. *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données.* [En ligne]. Organisation mondiale de la santé, 2006. Disponible sur : http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/fr/ (consulté le 10 juillet 2010)
- [166] Albee G. W. « Preventing psychopathology and promoting human potential ». *Am. Psychol.* Septembre 1982. Vol. 37, n°9, p. 1043-1050.
- [167] Pransky J. *Prevention: the critical need.* Springfield : Burrell Foundation and Paradigm Press, 1991. 584 p.

- [168] Fortson B. L. et collab. *Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities*. Atlanta : National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2016.
- [169] Sanders M. R. « Pour une approche de santé publique dans les programmes de soutien parental factuels ». *Can. Psychol.* [En ligne]. Février 2010. Vol. 51, n°1, p. 17-30. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/a0018295>
- [170] Slep A. M. S., Heyman R. E. « Public health approaches to family maltreatment prevention: resetting family psychology's sights from the home to the community ». *J. Fam. Psychol. JFP J. Div. Fam. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div. 43* [En ligne]. août 2008. Vol. 22, n°4, p. 518-528. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.518>
- [171] Gordon R. S. « An operational classification of disease prevention ». *Public Health Rep.* 1983. Vol. 98, n°2, p. 107-109.
- [172] Mrazek P. B., Haggerty R. J. *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. National Academies, 1994. 100 p.
- [173] Carey G., Crammond B., De Leeuw E. « Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism ». *Int. J. Equity Health* [En ligne]. 15 septembre 2015. Vol. 14,. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0207-6>
- [174] Poissant J. *L'universalisme proportionné. Quelques explications additionnelles*. [En ligne]. 2015. Disponible sur : <http://avenirenfants.org/media/269254/aeUniversalisme-proportionne-youtube-final.pdf> (consulté le 27 septembre 2016)
- [175] Asawa L. E., Hansen D. J., Flood M. F. « Early childhood intervention programs: opportunities and challenges for preventing child maltreatment ». *Educ. Treat. Child.* 2008. Vol. 31, n°1, p. 73-110.
- [176] Daro D., Donneley A. C. « Child abuse prevention: accomplishments and challenges ». In : *APSAC Handb. Child Maltreatment 2nd Ed.* Thousand Oaks, 2002. p. 431-448.
- [177] Doyle D. *Preparing for Life: testing the effectiveness of early intervention in an Irish experimental trial. Conférence*. [En ligne]. 5 février 2016. Disponible sur : <http://helpingfamilieschange.org/wp-content/uploads/2016/06/Invited-Doyle.pdf>
- [178] Chen M., Chan K. L. « Effects of parenting programs on child maltreatment prevention: a meta-analysis ». *Trauma Violence Abuse* [En ligne]. Janvier 2016. Vol. 17, n°1, p. 88-104. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1524838014566718>
- [179] Gomby D. S. « The promise and limitations of home visiting: implementing effective programs ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Août 2007. Vol. 31, n°8, p. 793-799. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.07.001>
- [180] Bugental D. B. et collab. « A cognitive approach to child abuse prevention ». *J. Fam. Psychol. JFP J. Div. Fam. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div. 43*. septembre 2002. Vol. 16, n°3, p. 243-258.
- [181] Bugental D. B., Schwartz A. « A cognitive approach to child mistreatment prevention among medically at-risk infants ». *Dev. Psychol.* [En ligne]. Janvier 2009. Vol. 45, n°1, p. 284-288. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/a0014031>
- [182] MacMillan H. L. et collab. « Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment ». *The Lancet* [En ligne]. 17 janvier 2009. Vol. 373, n°9659, p. 250-266. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61708-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61708-0)
- [183] Nelson G., Caplan R. « The prevention of child physical abuse and neglect: an update ». *J. Appl. Res. Child. Informing Policy Child. Risk.* 2014. Vol. 5, n°1,
- [184] Prinz R. J. et collab. « Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple p system population trial ». *Prev. Sci. Off. J. Soc. Prev. Res.* [En ligne]. Mars 2009. Vol. 10, n°1, p. 1-12. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s11121-009-0123-3>
- [185] Gagné M.-H., Richard M.-C., Dubé C. *Prévenir la maltraitance des enfants par le soutien au rôle parental Différenciation du système Triple P par rapport aux autres programmes en usage au Québec*. Québec : Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Université Laval, 2015.
- [186] Prinz R. J. et collab. « Addendum to "Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple p system population trial". » *Prev. Sci. Off. J. Soc. Prev. Res.* [En ligne]. Avril 2016. Vol. 17, n°3, p. 410-416. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0631-x>
- [187] Rose G. « Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease ». *Br. Med. J. Clin. Res. Ed.* 6 juin 1981. Vol. 282, n°6279, p. 1847-1851.
- [188] Rose G. « Sick individuals and sick populations ». *Int. J. Epidemiol.* [En ligne]. 1 mars 1985. Vol. 14, n°1, p. 32-38. Disponible sur : <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>
- [189] Gagné M.-H. et collab. « Prévenir la maltraitance envers les enfants au moyen du marketing social ». *Can. J. Commun. Ment. Health* [En ligne]. 3 novembre 2014. Vol. 33, n°2, p. 85-107. Disponible sur : <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2014-017>
- [190] Clavier C. et collab. *Évaluation du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 2. Évaluation de l'actualisation du PSJP : l'axe Création d'environnements favorables*. Facultés des sciences infirmières, Université du Montréal, 2014.
- [191] Parks S. E. et collab. *Pediatric abusive head trauma : Recommended definitions for public health surveillance and research*. Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention, 2012.

- [192] Bennett S., Grenier D., Medaglia A. « The Canadian Paediatric Surveillance Program: a framework for the timely data collection on head injury secondary to suspected child maltreatment ». *Am. J. Prev. Med.* [En ligne]. 2008. Vol. 34, n°4 Suppl, p. S140-142. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.01.026>
- [193] Keenan H. T. et collab. « A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children ». *JAMA* [En ligne]. 2003. Vol. 290, n°5, p. 621-626. Disponible sur : <https://doi.org/10.1001/jama.290.5.621>
- [194] Keenan T. H. « Epidemiology of abusive head trauma ». In : Jenny C (éd.). *Child Abuse Neglect Diagn. Treat. Evid.* Saunders, St-Louis, 2011. p. 35-38.
- [195] Anderson V., Spencer-Smith M., Leventer R. « Childhood brain insult : can age at insult help us predict outcome? ». *Brain J Neurol.* 2009. Vol. 132, p. 45-46.
- [196] Barlow K. M. et collab. « Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy ». *Pediatrics.* 2005. Vol. 116, p. 174-185.
- [197] Bonnier C. et collab. « Neuroimaging of intraparenchymal lesions predicts outcome in shaken baby syndrome ». *Pediatrics.* 2003. Vol. 112, n°4, p. 808-814.
- [198] Chevignard M. P., Lind K. « Long-term outcome of abusive head trauma ». *Pediatr Radiol.* 2014. Vol. 44, n°4, p. 548-558.
- [199] Lind K. et collab. « Extended follow-up of neurological, cognitive, behavioral and academic outcomes after severe abusive head trauma ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Janvier 2016. Vol. 51, p. 358-367. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.001>
- [200] King W. J. et collab. « Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases ». *CMAJ Can. Med. Assoc. J. J. Assoc. Medicale Can.* 2003. Vol. 168, n°2, p. 155-159.
- [201] Rhine T., Wade S. L., Makoroff K. L. « Clinical predictors of outcome following inflicted traumatic brain injury in children ». *J Trauma Acute Care Surg.* 2012. Vol. 73, p. 248-253.
- [202] Keenan H. T. et collab. « Neurodevelopmental consequences of early traumatic brain injury in 3-year-old children ». *Pediatrics* [En ligne]. 2007. Vol. 119, n°3, p. e616-623. Disponible sur : <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2313>
- [203] Stipanovic A. et collab. « Comparative study of the cognitive sequelae of school-aged victims of shaken baby syndrome ». *Child Abuse Negl.* 2008. Vol. 32, p. 415-428.
- [204] Barr R. G., Trent R. B., Cross J. « Age-related incidence curve of hospitalized shaken baby syndrome cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking ». *Child Abuse Negl.* 2006. Vol. 30, p. 7-16.
- [205] Lee C. et collab. « Age-related incidence of publicly reported shaken baby syndrome cases: is crying a trigger for shaking? ». *J. Dev. Behav. Pediatr. JDBP* [En ligne]. 2007. Vol. 28, n°4, p. 288-293. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3180327b55>
- [206] Adamsbaum C. et collab. « Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking ». *Pediatrics* [En ligne]. 2010. Vol. 126, n°3, p. 546-555. Disponible sur : <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3647>
- [207] Petska H. W., Sheets L. K. « Sentinel injuries : subtle findings of physical abuse ». *Pediatr Clin N Am.* 2014. Vol. 61, n°5, p. 923-935.
- [208] Barr R. G. « Crying as a trigger for abusive head trauma : a key to prevention ». *Pediatr Radiol.* 2014. Vol. 44, n°4, p. 559-564.
- [209] Lopes N. R. L., Williams L. C. de A. « Pediatric Abusive Head Trauma Prevention Initiatives: A Literature Review ». *Trauma Violence Abuse* [En ligne]. 2016. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1524838016675479>
- [210] Altman R. L. et collab. « Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma ». *Pediatrics.* 2011. Vol. 128, n°5, p. 1164-1172.
- [211] Dias M. S. et collab. « Preventing abusive head trauma among infants and young children : a hospital-based, parent education program ». *Pediatrics.* 2005. Vol. 115, n°4, p. 470-477.
- [212] Barr R. G. « Preventing abusive head trauma resulting from a failure of normal interaction between infants and their caregivers ». *Proc Natl Acad Sci U A.* 2012. Vol. 109, p. 17294-17301.
- [213] Barr R. G., Rivara F. P., Barr M. « Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying and shaken-baby syndrome in mothers of newborns : a randomized, controlled trial ». *Pediatrics.* 2009. Vol. 123, n°3, p. 972-980.
- [214] Barr R. G. et collab. « Education about crying in normal infants is associated with a reduction in pediatric emergency room visits for crying complaints ». *J. Dev. Behav. Pediatr. JDBP* [En ligne]. mai 2015. Vol. 36, n°4, p. 252-257. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/DBP.000000000000156>
- [215] Bechtel K. et collab. « Impact of an educational intervention on caregivers' beliefs about infant crying and knowledge of shaken baby syndrome ». *Acad. Pediatr.* [En ligne]. 2011. Vol. 11, n°6, p. 481-486. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.acap.2011.08.001>
- [216] Goulet C. et collab. « Development and evaluation of a shaken baby syndrome prevention program ». *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 2009. Vol. 38, p. 7-21.
- [217] Zolotor A. J., Runyan D. K., Shanahan M. « Effectiveness of a statewide abusive head trauma prevention program in North Carolina ». *JAMA Pediatr.* 2015. Vol. 169, n°12, p. 1126-1131.
- [218] Keenan H. T., Leventhal J. M. « A case-control study to evaluate Utah's shaken baby prevention program ». *Acad Pediatr.* 2010. Vol. 10, n°6, p. 389-394.

- [219] Dias M. S. et collab. « Association of a Postnatal Parent Education Program for Abusive Head Trauma With Subsequent Pediatric Abusive Head Trauma Hospitalization Rates ». *JAMA Pediatr.* [En ligne]. 2017. Vol. 171, n°3, p. 223-229. Disponible sur : <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.4218>
- [220] Leventhal J. M., Asnes A. G., Bechtel K. « Prevention of pediatric abusive head trauma : Time to rethink interventions and reframe messages ». *JAMA Pediatr.* 2017. Vol. 171, n°3, p. 218–220.
- [221] Scribano P. V. et collab. « Association of perpetrator relationship to abusive head trauma clinical outcomes ». *Child Abuse Negl.* 2013. Vol. 37, n°10, p. 771–777.
- [222] Frappier J. Y., Fortin S., Déziel I. *Bilan projet prévention TCNA-SBS du CHUSJ*. Montréal : CHUSJ, 2017.
- [223] Vinchon M. « Shaken baby syndrome: what certainty do we have? ». *Childs Nerv. Syst. ChNS Off. J. Int. Soc. Pediatr. Neurosurg.* [En ligne]. Octobre 2017. Vol. 33, n°10, p. 1727-1733. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s00381-017-3517-8>
- [224] Alexander R. et collab. « Serial abuse in children who are shaken ». *Am J Child.* 1990. Vol. 144, p. 58–60.
- [225] King W. K., Kiesel E. L., Simon H. K. « Child abuse fatalities : are we missing opportunities for intervention? ». *Pediatr Emerg Care.* 2006. Vol. 22, p. 211–214.
- [226] Letson M. M. et collab. « Prior opportunities to identify abuse in children with abusive head trauma ». *Child Abuse Negl.* 2016. Vol. 60, p. 36–45.
- [227] Oral R., Yagmur F., Nashelsky M. « Fatal abusive head trauma cases : consequence of medical staff missing milder forms of physical abuse ». *Pediatr Emerg Care.* 2008. Vol. 24, p. 816–821.
- [228] Petska H. W., Sheets L. K., Knox B. L. « Facial bruising as a precursor to abusive head trauma ». *Clin Pediatr.* 2013. Vol. 52, n°1, p. 86–88.
- [229] Thackeray J. et collab. « Predictors of increasing injury severity across suspected recurrent episodes of non-accidental trauma : A retrospective cohort study ». *BMC Pediatr.* 2016. Vol. 16, n°8, p. 2–10.
- [230] Sheets L. K., Leach M. E., Koszewski I. J. « Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse ». *Pediatrics.* 2013. Vol. 131, n°4, p. 701–7.
- [231] Société canadienne de pédiatrie. *Lignes directrices multidisciplinaires sur la détermination, l'enquête et la prise en charge des cas présumés de trauma crânien non accidentel*. Ottawa, Ontario : Société canadienne de pédiatrie, 2007.
- [232] Fréchette S., Romano E. « Change in corporal punishment over time in a representative sample of Canadian parents ». *J. Fam. Psychol. JFP J. Div. Fam. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div. 43* [En ligne]. Août 2015. Vol. 29, n°4, p. 507-517. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/fam0000104>

Chapitre 3

Les agressions sexuelles

Karine Baril
Julie Laforest

Messages clés

- Le gouvernement du Québec définit l'agression sexuelle comme étant un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou en l'absence de consentement valide, particulièrement en ce qui concerne les mineurs. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite.
- Les agressions sexuelles peuvent prendre différentes formes, survenir dans différents contextes et être vécues tout au cours de la vie.
- Les personnes les plus touchées par les agressions sexuelles sont les femmes et les enfants. Les filles sont davantage victimes d'infractions sexuelles à l'adolescence, alors que les garçons le sont davantage pendant l'enfance.
- Une grande part des victimes d'agression sexuelle, tant adultes que mineures, connaissent leur agresseur.
- Les agressions sexuelles peuvent entraîner de multiples conséquences pour les victimes, ainsi que pour leur famille, leur communauté et la société. Ces conséquences peuvent perdurer tout au cours de la vie et se poursuivre à travers les générations avec des effets néfastes sur la santé, l'éducation, l'emploi, la criminalité et l'économie.
- Les agressions sexuelles sont un problème de santé publique qui ne résulte pas uniquement de comportements individuels, et dont la responsabilité n'incombe pas aux victimes. Ainsi, il importe de privilégier des stratégies de prévention visant l'ensemble de la population avant que la violence ne survienne, et de modifier certaines conditions de l'environnement pouvant favoriser l'agression sexuelle.
- La prévention des agressions sexuelles exige des changements sociaux qui passent notamment par la promotion de normes sociales favorisant la non-tolérance des agressions sexuelles, des rapports égaux entre les hommes et les femmes, des milieux de vie sécuritaires, et le développement des habiletés sociales chez les jeunes.

Introduction

De par leur ampleur et leurs conséquences sur les victimes et la société, les agressions sexuelles constituent un problème social et de santé publique qui concerne toute la population. Les femmes, les jeunes adultes et les enfants demeurent les personnes les plus touchées par les agressions sexuelles [1]. Les conséquences qui peuvent faire suite à une agression sexuelle sont multiples, et peuvent perdurer tout au cours de la vie et se poursuivre à travers les générations, avec des effets néfastes sur la santé physique et mentale. Les agressions sexuelles peuvent aussi avoir des répercussions sur l'éducation, l'emploi, la criminalité et la condition économique des personnes qui en sont victimes, de leur famille, des communautés et des sociétés [2].

Dans les dernières années, une forte médiatisation au Québec et au Canada de différentes situations d'agressions sexuelles a engendré un mouvement social dans lequel cette forme de violence a fait l'objet d'un débat public sans précédent. Que ce soit des accusations d'agression sexuelle dans les Forces armées canadiennes, des plaintes pour agressions sexuelles en milieu universitaire, ou encore la révélation d'agressions sexuelles commises ou subies par des personnalités connues du public, la mise au jour de ces faits a eu un grand retentissement auprès du public. Ainsi, par des mouvements collectifs de dénonciation publique sur les réseaux sociaux, des groupes se sont mobilisés et ont condamné la « culture du viol¹ ». Par ailleurs, une série d'actions gouvernementales ont cours depuis une quinzaine d'années au Québec; entre autres, l'adoption en 2001 des premières Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle, dont la mise en œuvre s'est effectuée par l'entremise de deux plans d'action quinquennaux. Plus récemment, le gouvernement du Québec a publié une stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles [5], et des journées de réflexion menées avec des acteurs des milieux collégiaux et universitaires ont culminé par le dépôt d'une stratégie gouvernementale d'intervention pour prévenir et contrer les violences sexuelles en enseignement supérieur [6].

S'il est trop tôt pour observer les répercussions de ce mouvement récent, force est de constater que malgré les efforts déployés pour la combattre, et contrairement aux autres formes de victimisation criminelle pour lesquelles la prévalence semble diminuer, l'agression sexuelle est un crime dont la prévalence est relativement stable dans le temps, particulièrement chez les adultes, et pour lequel les dénonciations sont les plus faibles [7,8].

Les formes que peuvent prendre les agressions sexuelles et les contextes dans lesquels elles surviennent sont multiples et variés [9]. Les agressions sexuelles peuvent être vécues tout au cours de la vie, de l'enfance à l'âge adulte, autant par les hommes que par les femmes, et elles peuvent être commises par des personnes de la famille, des connaissances de l'entourage, des petits amis ou conjoints, ou encore des personnes inconnues, autant par des mineurs que des adultes, ce qui montre bien la complexité et la diversité du phénomène. Il devient risqué d'adopter une lentille d'analyse unique à une telle diversité de situations. Le cadre conceptuel écologique qui sera adopté dans ce chapitre s'avère un modèle intégrateur de différentes perspectives, permettant la considération de plusieurs sphères d'influence.

¹ Concept issu de la sociologie féministe qui lie le « viol », mais aussi la violence sexuelle plus largement, à la culture d'une société, dans laquelle les attitudes et les pratiques répandues banalisent, normalisent, excusent, tolèrent, voire érotisent la violence sexuelle [3]. Cette culture peut caractériser les environnements social, médiatique, juridique ou politique. Les exemples de comportements couramment associés à la « culture du viol » comprennent le doute systématique de la véracité des allégations d'agression sexuelle de la victime, le blâme de la victime, l'objectification sexuelle des femmes par les hommes, et la banalisation de l'agression sexuelle [4].

Dans une perspective internationale, l'Organisation mondiale de la santé [2] retient le terme de violence sexuelle² qui renvoie à une conception large, dans laquelle s'inscrivent, en plus des agressions sexuelles, des formes de contraintes très variées, tels le mariage forcé ou des actes visant un trafic sexuel (ex. : prostitution forcée, traite d'êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle), des actes de violence contre l'intégrité sexuelle des femmes (ex. : mutilations génitales), des commentaires ou avances de nature sexuelle (ex. : harcèlement sexuel). Dans le cadre de ce chapitre, ces formes de violence ne sont pas abordées et l'accent est mis davantage sur les agressions sexuelles, considérées comme une forme de violence sexuelle³. L'expression « agression sexuelle » réfère à toutes les formes d'agression sexuelle, avec ou sans contact, commises envers des mineurs ou des adultes, hommes ou femmes.

Définition de l'agression sexuelle

Il n'existe pas de définition universelle de l'agression sexuelle, et différentes perspectives peuvent être utilisées pour la définir. Dans toutes les formes d'agression sexuelle, une condition nécessaire est que la victime n'ait pas consenti aux gestes sexuels commis, qu'elle était incapable d'y consentir ou de les refuser, ou encore qu'elle n'avait pas l'âge de consentir.

Une prise de pouvoir dans un rapport de force inégal

La définition des agressions sexuelles adoptée initialement par le gouvernement du Québec dans les Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle [10] montre la diversité des situations d'agression sexuelle, et affirme qu'il s'agit d'un acte de pouvoir et de domination de nature criminelle. Selon cette définition « une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne ». Cette définition s'applique, peu importe l'âge, le sexe, la culture, la religion et l'orientation sexuelle de la personne victime ou de l'agresseur sexuel, peu importe le type de geste à caractère sexuel, le lieu ou le milieu de vie dans lequel il a été fait, et quelle que soit la nature du lien existant entre la personne victime et l'agresseur sexuel. On parle d'agression sexuelle lorsqu'on utilise certaines autres expressions telles que viol⁴ et abus sexuel⁵.

² Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la violence sexuelle renvoie à : « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » [2].

³ Dépendamment de l'âge de la victime et de l'identité de la personne qui commet l'agression sexuelle, cette forme de violence en recoupe d'autres – traitées dans ce collectif –, qu'il s'agisse de la maltraitance dans l'enfance, de la violence conjugale ou de la maltraitance des aînés.

⁴ Depuis 1983, au Canada, l'infraction d'agression sexuelle (art. 271, art. 272 et art. 273) remplace l'infraction de viol. Dans ce contexte, l'utilisation du terme « viol » est désuète et inexacte, et devrait plutôt être remplacée par « agression sexuelle impliquant une pénétration ». Toutefois, nous reconnaissons que l'usage du mot « viol » est courant pour faire référence à une agression sexuelle avec pénétration, et qu'il en demeure l'équivalent francophone du terme « rape » en langue anglaise.

⁵ Ce terme est celui utilisé couramment pour désigner une agression sexuelle à l'endroit d'un mineur. Dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), selon l'article 38 d), il y a abus sexuel « lorsque l'enfant subit [ou est à risque de subir] des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne, et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation » (Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., chapitre P-34.1). L'abus sexuel n'est pas une infraction au sens du Code criminel canadien. Son utilisation peut donc porter à confusion lorsqu'il est question d'agression sexuelle envers des mineurs.

Un acte criminel

Au Canada, le Code criminel permet d'établir les situations qui constituent des crimes à partir de différentes infractions à caractère sexuel, dont celles d'agression sexuelle (tableau 1). Ce qui fait la différence entre un contact sexuel et une agression sexuelle au sens de la loi est le consentement [11]. Le consentement est l'accord volontaire de toute personne qui participe à une activité sexuelle, et doit se manifester clairement par les paroles ou le comportement [12]. Une personne ne peut donner son consentement, notamment si elle est incapable de le formuler (ex. : handicap, intoxication à l'alcool), s'il est donné par abus de confiance, de pouvoir ou d'autorité (ex. : sous menaces), s'il est donné par une personne en situation de dépendance, ou s'il est donné par une personne de moins de 16 ans, sauf dans les cas d'exception spécifiquement prévus. De plus, il doit être exprimé personnellement; le consentement d'un tiers n'étant pas valide [12]. La loi fait des distinctions en fonction de l'âge des victimes en prévoyant des infractions criminelles spécifiques pour les agressions sexuelles commises sur les mineurs (ex. : art. 151 contacts sexuels). La plupart des infractions sexuelles du Code criminel constituent des formes d'agression sexuelle.

Formes et contextes des agressions sexuelles

L'agression sexuelle peut prendre plusieurs formes, selon la nature des gestes qui sont commis (tableau 1), mais aussi selon le lien entre la victime et la personne qui commet l'agression sexuelle (tableau 2). L'agression sexuelle peut survenir avec ou sans contact physique, selon différents niveaux de sévérité dans les actes commis, et peut aussi être décrite selon qu'elle survient dans la famille immédiate ou élargie, à l'extérieur de la famille (ex. : par un conjoint ou une conjointe) ou dans un contexte thérapeutique. En plus de ces dimensions, les expériences d'agression sexuelle peuvent également varier grandement d'une victime à l'autre, selon leur durée et leur fréquence [13]. Au Canada, le Code criminel prévoit pour sa part un ensemble d'infractions sexuelles pour lesquelles un individu peut faire face à des accusations criminelles.

Tableau 1 Formes d’agression sexuelle selon la nature des gestes impliqués

Formes d’agression sexuelle	Description ^a	Exemples de manifestations	Exemples d’infractions criminelles
Aggression sexuelle avec contact			
Aggression sexuelle avec pénétration (rapport sexuel avec pénétration)	<ul style="list-style-type: none"> Acte de pénétration, même légère, de la vulve ou de l’anus en utilisant une partie du corps (pénis, doigt, langue) ou un objet; Acte de pénétration, même légère, de la bouche par le pénis. 	<ul style="list-style-type: none"> Contacts oraux-génitaux; Pénétration orale, vaginale ou anale par une partie du corps ou un objet. 	<ul style="list-style-type: none"> Aggression sexuelle simple (art. 271); Aggression sexuelle armée (art. 272); Aggression sexuelle grave (art. 273); Contacts sexuels (art. 151); Inceste (art.155 (1)).
Aggression sexuelle avec tentative de pénétration	<ul style="list-style-type: none"> Tentative de commettre une agression sexuelle avec pénétration, mais qui n’a pas été complétée. Des attouchements sexuels sont habituellement commis. 	<ul style="list-style-type: none"> Attouchements sexuels commis dans l’intention de commettre une pénétration. 	
Attouchements sexuels	<ul style="list-style-type: none"> Contacts sexuels^b qui incluent des attouchements sexuels intentionnels, commis directement sur la victime ou par-dessus ses vêtements. 	<ul style="list-style-type: none"> Baisers à caractère sexuel; Attouchements sexuels : aux parties génitales (ex. : pénis ou vulve), à l’anus, aux aînés, aux seins, aux cuisses, aux fesses; Frotteurisme. 	
Aggression sexuelle sans contact			
Aggression sexuelle sans contact	<ul style="list-style-type: none"> Aggression sexuelle qui n’inclut pas de contact physique de nature sexuelle. 	<ul style="list-style-type: none"> Exposition forcée à des actes sexuels (pornographie ou activités sexuelles réelles); Exhibition ou dévoilement des organes sexuels; Inciter un enfant à se toucher, se masturber; Faire un enregistrement visuel d’un enfant dans un contexte sexuel. 	<ul style="list-style-type: none"> Corruption d’enfants (art. 172); Action indécente (art. 173 (1)); Exhibitionnisme (art.172 (2)); Voyeurisme (art. 162).

^a Ces gestes sexuels sont des agressions sexuelles dans les cas où une personne n’y consent pas ou est incapable d’y consentir (notamment en raison de son âge dans le cas des mineurs) ou de refuser.

^b N’incluent pas les touchers requis pour les soins habituels ou dans le cadre des besoins quotidiens d’un enfant.

Tableau 2 Formes d'agression sexuelle selon le lien entre la victime et l'agresseur

Différentes formes d'agression sexuelle peuvent être déterminées en fonction du lien entre la victime et l'agresseur. Le Code criminel canadien ne tient toutefois pas compte de ce lien, sauf dans le cas de l'infraction d'inceste^a ainsi que des agressions sexuelles commises sur des mineurs.

Agression sexuelle intrafamiliale

Particulièrement pour les victimes mineures, on parle d'agression sexuelle **intrafamiliale** lorsque l'agresseur est un membre de la famille immédiate ou élargie (père, mère, conjointe du père, conjoint de la mère, membre de la fratrie, grands-parents, oncle, tante, cousin, cousine).

Agression sexuelle extrafamiliale

On parle d'agression sexuelle extrafamiliale lorsque l'agresseur n'est pas un membre de la famille immédiate ou élargie. Parmi les agressions sexuelles extrafamiliales, on retrouve les agressions commises par une connaissance, soit une personne qui fait partie de l'entourage de la victime (ex. : professeur, gardien, ami, collègue, voisin, etc.), et les agressions commises par une personne inconnue de la victime.

Agression sexuelle dans un contexte conjugal

Une agression sexuelle peut être commise dans le cadre d'une relation conjugale entre des partenaires de tous âges, ce qui constitue une forme de violence conjugale de nature criminelle. Le « viol conjugal » est d'ailleurs un acte criminel depuis 1983, ainsi que toute autre forme d'agression sexuelle entre conjoints. L'agresseur et la victime d'agression sexuelle peuvent donc être mariés, unis civilement, conjoints de fait ou des partenaires d'une fréquentation amoureuse.

Inconduite sexuelle dans un contexte thérapeutique

Le fait pour un professionnel de la santé (physique et psychologique), pendant la durée de la relation professionnelle qui s'établit avec la personne à qui il fournit des services, d'abuser de cette relation pour avoir avec elle des relations sexuelles, de poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos abusifs à caractère sexuel, qui constituent un acte dérogatoire à la dignité de sa profession, et qui sont formellement interdits par le Code des professions^b et pourrait être jugés par la justice comme une agression sexuelle au sens du Code criminel canadien [14]. Ainsi, même les relations intimes réciproques et égalitaires entre un professionnel de la santé et un client ne sont pas possibles à cause du déséquilibre de pouvoir entre eux.

^a Dans le Code criminel canadien, réfère à des rapports sexuels avec une personne liée par consanguinité (père, mère, enfant, frère, sœur, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille) (article 155.1).

^b L.R.Q. chapitre C-26, Code des professions, article 59.1.

Ampleur des agressions sexuelles au Québec

Il est difficile d'estimer avec exactitude le nombre de victimes d'agression sexuelle. Même si l'ampleur des agressions sexuelles peut être déterminée en faisant référence autant à leur perpétration qu'au fait d'en être victime, ce chapitre portera sur les données de victimisation, puisque ces données sont plus accessibles et comparables, et parce qu'il est reconnu qu'elles sont moins sujettes aux faibles taux de dénonciation [2].

Sources de données

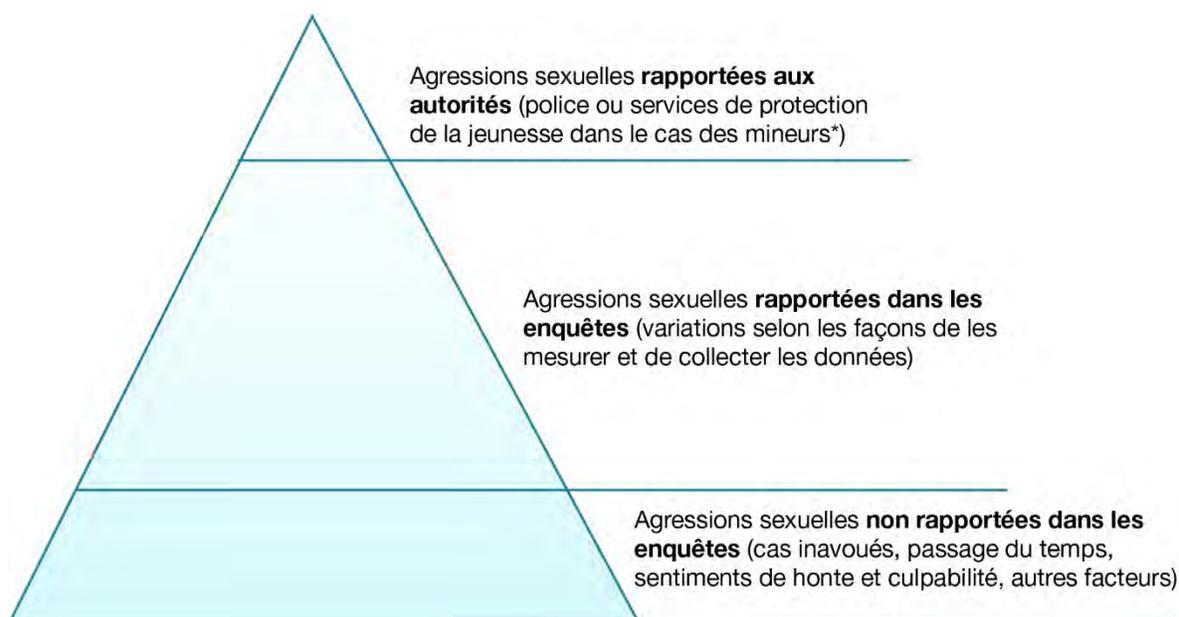
Les grandes variations concernant l'ampleur de l'agression sexuelle, auprès des mineurs ou des adultes, sont attribuables aux différentes façons de la mesurer et à la source des données. La définition et le type d'agression sexuelle considérés, la population étudiée, le mode de collecte de données (entrevue ou questionnaire anonyme), la période considérée dans le calcul de la prévalence ou encore le taux de réponse dans les enquêtes sont autant de facteurs qui ont une influence dans l'estimation du phénomène.

Concernant la mesure de l'agression sexuelle⁶, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont proposé une définition dans le but d'offrir une vision uniforme et cohérente nécessaire à la surveillance de la prévalence du phénomène et de son évolution dans le temps [15]. Selon cette définition, l'agression sexuelle consiste en un acte sexuel tenté ou commis sur une personne sans le consentement libre de cette personne, ou encore envers une personne qui n'est pas en mesure d'y consentir ou de refuser. Cette définition inclusive permet de considérer l'ensemble des situations d'agression sexuelle envers des personnes de tous âges et indépendamment des juridictions.

Trois sources majeures d'information permettent de documenter l'ampleur des agressions sexuelles au sein de la population québécoise, soit : 1) les cas d'agression sexuelle sur des mineurs connus des services de protection de la jeunesse sur une période d'une année; 2) les infractions criminelles de nature sexuelle enregistrées annuellement par les services de police; et 3) les enquêtes populationnelles. En faisant référence à l'analogie de la pointe de l'iceberg (figure 1), la pointe visible correspond aux situations rapportées et corroborées par les autorités, et renvoie donc aux données des services de police et, dans le cas des mineurs, aux données des services de protection de la jeunesse. Il est reconnu que ces sources ne permettent de montrer que la pointe émergée de toutes les agressions sexuelles, car on estime que seulement 10 % de toutes les agressions sexuelles subies sont rapportées aux autorités [7,16,17], et qu'une proportion considérable des situations dénoncées aux autorités sont jugées non fondées – faute de preuve – et ne seront donc pas comptabilisées dans les données enregistrées [18].

Les enquêtes populationnelles permettent de documenter l'ampleur des agressions sexuelles, telles que révélées par les victimes elles-mêmes, que ces agressions aient ou non été dévoilées ou rapportées aux autorités. Il s'agit de la source la plus fiable pour obtenir la prévalence de l'agression sexuelle auprès d'une population, puisque ces enquêtes se basent habituellement sur de larges échantillons représentatifs d'une population, et qu'elles interrogent les répondants sur leurs expériences de victimisation de façon anonyme. Malgré tout, il demeure une partie difficilement quantifiable des agressions sexuelles qui, en raison de différents facteurs, ne seront ni rapportées aux autorités ni rapportées dans les enquêtes, résultant en une sous-estimation de la situation réelle [9].

⁶ Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) utilisent le terme *sexual violence*.

Figure 1 Ampleur de l'agression sexuelle selon les différentes sources de données

* Au Québec, dans le cadre de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique, si la situation d'agression sexuelle d'un mineur est rapportée à la police, celle-ci en fait part au Directeur de la protection de la jeunesse, et inversement.

Inspiré de : Jewkes, R., Sen, P. et C., Garcia-Moreno (2002). La violence sexuelle. Dans E. G. Krug, L. L. Dalhberg, A. Z. Mercy et R. Lozano-Ascencio (dir.), *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé, p.166.

Les données sur l'ampleur de l'agression sexuelle dont on dispose pour la population québécoise concernent surtout les situations rapportées aux autorités. Quelques enquêtes populationnelles auprès d'adultes permettent d'estimer rétrospectivement la prévalence de l'agression sexuelle vécue dans l'enfance des Québécois et Québécoises (tableau 3). Par contre, aucune étude populationnelle récente ne permet de connaître la prévalence de l'agression sexuelle à l'âge adulte ou au cours de la vie des Québécois et des Québécoises. De plus, malgré la disponibilité de données issues d'enquêtes populationnelles québécoises sur la prévalence des agressions sexuelles dans l'enfance, ces enquêtes ont peu documenté les caractéristiques détaillées des agressions sexuelles et les contextes dans lesquels elles surviennent (ex. : âge, durée et fréquence des agressions, revictimisation au cours de la vie, etc.). Le fait qu'elles ne soient pas reconduites périodiquement, ces enquêtes ne permettent pas d'apprécier l'évolution de la prévalence des agressions sexuelles dans le temps.

L'agression sexuelle dans l'enfance

L'incidence de l'agression sexuelle dans les services de protection de la jeunesse au Québec

Les trois études québécoises d'incidence sur les situations évaluées en protection de la jeunesse – réalisées en 1998, 2008 et 2014 – et leurs résultats laissent supposer une diminution du taux d'incidence d'agressions sexuelles jugées fondées par les services de protection de la jeunesse entre 1998 et 2014. En 2014, 48 nouveaux cas fondés d'agression sexuelle par 100 000 enfants ont été évalués par les services de protection de l'enfance québécois [19]. Ce taux était de 93 par 100 000 enfants en 2008 [20], et de 78 par 100 000 enfants en 1998 [21]. Les filles sont surreprésentées par rapport aux garçons dans ces données : elles représentaient 73 % des victimes en 2008 [20]. Les types d'agression sexuelle commise dans les cas jugés fondés sont principalement des attouchements sexuels (46 %), et la majorité des cas d'agression sexuelle portent sur des incidents multiples (58 %) [20]. Bien qu'elles puissent refléter en partie la réalité

vécue par les enfants au Québec, et ainsi indiquer une diminution réelle des agressions sexuelles, ces données doivent être interprétées avec prudence, car les variations observées pourraient davantage être liées à différents facteurs – comme des changements dans les pratiques des services de protection de l'enfance – et à des variations dans la propension des victimes ou de l'entourage de signaler l'agression sexuelle aux autorités [22].

Les infractions sexuelles envers des mineurs enregistrées par les services de police québécois

Au Québec, les victimes âgées de moins de 18 ans représentaient le deux tiers (66 %) de toutes les victimes d'infractions sexuelles enregistrées par les corps policiers⁷ en 2013, totalisant 3 524 infractions, soit un taux de victimisation lié aux infractions sexuelles de 231,9 pour 100 000 habitants de 17 ans et moins [1]. Le nombre d'infractions enregistrées était trois fois et demie plus grand chez les filles (2 753) que chez les garçons (771). Les filles ont davantage été victimes d'infractions sexuelles à l'adolescence (61,8 % de victimes féminines avaient entre 12 et 17 ans), alors que les garçons ont été davantage victimes d'infractions sexuelles durant l'enfance (58,9 % de victimes masculines avaient moins de 12 ans). Enfin, 85,6 % des mineurs victimes d'infractions sexuelles connaissaient l'auteur présumé de l'agression, et plus du tiers était un membre de la famille immédiate ou élargie (38,7 %) [23].

L'agression sexuelle vécue dans l'enfance rapportée dans les études populationnelles québécoises et canadiennes

Au Québec, trois études de prévalence sur les mauvais traitements vécus dans l'enfance – réalisées entre 2002 et 2009 auprès d'échantillons représentatifs de la population adulte québécoise – ont montré qu'environ un homme sur dix et une femme sur cinq rapportaient avoir été victimes d'au moins une agression sexuelle avec contact avant l'âge de 18 ans, représentant entre 14 % et 16 % de la population québécoise [24–26]. Dans ces trois enquêtes, la prévalence de l'agression sexuelle dans l'enfance n'était pas associée à l'âge des répondants, suggérant que cette prévalence ne varie pas dans le temps. Ces prévalences sont comparables à celles obtenues dans des études menées dans différents pays, et dans lesquelles on estime que la proportion de la population ayant été victime au moins une fois d'agression sexuelle avec contact dans l'enfance est de 8 % chez les hommes et de 20 % chez les femmes [27,28].

Plus récemment, dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale 2012, des données concernant l'agression sexuelle vécue avant l'âge de 16 ans aux mains d'un adulte ont été recueillies auprès de Québécois de 20 ans et plus [29]. Les données montrent que 11,5 % de la population adulte québécoise a vécu au moins une situation d'agression sexuelle entre 0 et 15 ans, c'est-à-dire plus de 722 000 Québécois et Québécoises. Proportionnellement, davantage de femmes que d'hommes ont vécu une agression sexuelle durant l'enfance (ASE) (15,7 % contre 6,9 %). Cette prévalence est comparable à celle de l'ensemble du Canada (10,4 %), mais est supérieure à celle de l'Ontario et de l'Alberta [30]. Les données de cette enquête montrent également que parmi les adultes québécois ayant été victimes d'agression sexuelle avant l'âge de 16 ans, près de la moitié (48,8 %) d'entre eux ont vécu au moins une autre forme de violence, soit la violence physique ou l'exposition à la violence entre adultes à la maison.

⁷ Ces données sont issues du Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire (DUC 2) qui sert à recueillir des renseignements détaillés sur les affaires criminelles qui ont été portées à l'attention des services de police canadiens, et dont ceux-ci ont établi le bien-fondé. Les statistiques portent sur les infractions d'agressions sexuelles (l'agression sexuelle – niveau 1, l'agression sexuelle armée ou causant des lésions corporelles – niveau 2, et l'agression sexuelle grave – niveau 3), et sur les autres infractions sexuelles qui visent surtout les affaires de violence sexuelle envers des enfants. Les statistiques annuelles compilées par le DUC 2 incluent les infractions sexuelles dites « historiques », soit celles qui ont été commises il y a plusieurs années, mais déclarées dans la dernière année, puisque celles-ci sont comptabilisées le jour de leur déclaration. Les infractions sexuelles sur des mineurs enregistrées renvoient donc aux infractions qui ont été commises sur des enfants de moins de 18 ans et qui ont été enregistrées dans la dernière année, peu importe l'âge de la victime au moment de la déclaration.

Dans cette enquête, seulement 7,6 % des Québécois âgés de 18 ans et plus et victimes d'ASE rapportent avoir eu un contact avec les services de protection de la jeunesse [30].

L'Enquête sociale générale (ESG) sur la victimisation de Statistique Canada, menée auprès de la population canadienne âgée de 15 ans et plus, a documenté pour la première fois en 2014 la présence de mauvais traitements vécus dans l'enfance des répondants [7]. On y estime que 8 % de la population canadienne aurait vécu au moins une situation d'agression sexuelle avec contact aux mains d'un adulte avant l'âge de 15 ans.

Ainsi, la prévalence de l'agression sexuelle dans l'enfance d'adultes québécois varie ainsi entre 8 % et 16 % selon les études (tableau 3). Il est à noter que dans les deux plus récentes enquêtes populationnelles (ESCC et ESG), l'agression sexuelle est définie d'une manière plus restrictive, puisqu'elles ne considèrent pas les agressions sexuelles commises par des mineurs, celles vécues à 15, 16 et 17 ans, ou encore les activités sexuelles non consenties n'impliquant pas de menaces, de contraintes ou de violence physique. Ces différences dans la définition de l'agression sexuelle pourraient expliquer les variations de prévalence entre les études.

Tableau 3 Prévalence de l'agression sexuelle dans l'enfance au Québec et au Canada dans les études populationnelles

Études	Échantillons	Années de collecte	Définition de l'agression sexuelle	Prévalence
Enquêtes sur les mauvais traitements vécus dans l'enfance d'adultes québécois [24–26]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Représentatifs de la population adulte québécoise (n = 979, 804, 1001); ■ Taux de réponse : 2002 : 49,5 %; ■ 2006 : 30 %; ■ 2009 : 45,5 %. 	2002, 2006 et 2009	Avoir vécu, entre 0 et 17 ans, au moins un épisode d'attouchements sexuels non désirés ou une relation sexuelle forcée par un adulte ou un enfant plus vieux (3 ans d'écart et plus).	2002 : 14 % 2006 : 15,9 % 2009 : ND Femmes : 2002 : 18,2 % 2006 : 22 % 2009 : 21,2 % Hommes : 2002 : 9,5 % 2006 : 9,6 % 2009 : ND
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale 2012 [29]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Représentatif de la population adulte québécoise âgée de 20 ans et plus (n = 4 348); ■ Taux de réponse : 70,4 %. 	2012	Avoir vécu, entre 0 et 15 ans, au moins une fois des attouchements sexuels non désirés de la part d'un adulte, ou encore une activité sexuelle forcée avec un adulte et impliquant menaces, contraintes ou violence physique.	11,5 % Femmes : 15,7 % Hommes : 6,9 %
Enquête sociale générale – ESG 2014 [7]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Représentatif de la population canadienne ■ (n = 33 127); ■ Taux de réponse : 52,9 %. 	2014	Avoir vécu, entre 0 et 14 ans, au moins une fois des attouchements sexuels non désirés de la part d'un adulte, ou encore une activité sexuelle non désirée avec un adulte.	8 % Femmes : 11 % Hommes : 4 %

L'agression sexuelle vécue à l'âge adulte

Les infractions sexuelles enregistrées par les services de police québécois

Selon les données du Programme DUC 2, recueillies en 2013 au Québec, 1 785 infractions sexuelles envers des adultes ont été enregistrées par les corps policiers, soit un taux de victimisation lié aux infractions sexuelles de 26,9 par 100 000 habitants âgés de 18 ans et plus [1]. Les infractions sexuelles commises envers des adultes constituent le tiers (33,6 %) de toutes les infractions sexuelles rapportées à la police cette même année. Parmi ces victimes adultes, 91,5 % étaient des femmes (1 634 infractions sur 1 785) et 39 % étaient âgées de 18 à 24 ans, constituant le groupe d'âge où le plus d'infractions ont été enregistrées envers les adultes, et ce, tant pour les hommes que pour les femmes [1].

Concernant les auteurs présumés, plus des deux tiers (68,3 %) des adultes victimes d'infraction sexuelle déclarée à la police en 2013 connaissaient leur agresseur, comparativement à 85,6 % des victimes mineures [1]. Parmi les auteurs présumés qui étaient connus de leur victime, on retrouvait : un conjoint ou ex-conjoint, un ami ou ex-ami intime (19,8 %); une relation d'affaires (6,1 %); un ami (8,0 %); un parent ou un beau-parent (3,2 %); un autre membre de la famille immédiate (3,8 %); un parent éloigné (1,3 %); un symbole d'autorité (2,3 %). Pour 20,2 % des cas, l'auteur présumé était connu, mais non spécifié [1]. Chez les victimes adultes, l'auteur présumé était inconnu de la victime dans près du quart des cas (24,2 %). Par ailleurs, les agressions sexuelles commises par une personne inconnue sont plus élevées dans les zones urbaines (c'est-à-dire Laval, Montréal et Capitale-Nationale) qu'ailleurs au Québec. Enfin, la majorité des infractions sexuelles envers des adultes sont commises dans une résidence (58,4 %).

Encadré 1 – ESSIMU – Une enquête portant sur les violences sexuelles en milieu universitaire au Québec

Auteures : Manon Bergeron et Marie-France Goyer

Devant l'absence de données québécoises récentes sur les violences sexuelles en milieu universitaire (VSMU), une équipe de recherche interuniversitaire et interdisciplinaire a mené l'Enquête sexualité, sécurité et interactions en milieu universitaire (ESSIMU) [31]. Son objectif consistait à établir un portrait des situations de VSMU rapportées par les étudiants et les employés. Cette étude a été réalisée dans six universités québécoises francophones et compte un échantillon de 9 284 répondants et répondantes. Le questionnaire utilisé a permis de rendre compte d'un large éventail de manifestations de violences sexuelles, qu'elles se soient produites à l'intérieur ou à l'extérieur des murs de l'université d'appartenance. La mesure de victimisation sexuelle sélectionnée [32] distinguait le harcèlement sexuel (comportements verbaux et non verbaux qui traduisent des attitudes insultantes, hostiles et dégradantes), les comportements sexuels non désirés (comportements verbaux et non verbaux offensants, non désirés et non réciproques, incluant tentative de viol et agression sexuelle) et la coercition sexuelle (chantage ou menaces en retour de récompenses).

Cette étude nous apprend que les VSMU concernent directement un grand nombre de personnes travaillant ou étudiant dans les six universités. Au total, 36,9 % des répondants et des répondantes à l'enquête ont rapporté au moins une forme de victimisation sexuelle commise par une autre personne affiliée à l'université. Les résultats démontrent le phénomène de cooccurrence des VSMU puisque 16 % des personnes ayant répondu à l'enquête ont vécu deux ou trois formes de violence sexuelle : 18 % de l'échantillon a rapporté exclusivement des gestes de harcèlement sexuel; 3 % exclusivement des gestes de comportements sexuels non désirés; 13 % des gestes de harcèlement sexuel et des comportements sexuels non désirés; et 3 % de l'échantillon a rapporté les trois formes. Seulement 9,6 % de ces personnes ont dénoncé ou signalé la situation aux instances de leur université, ce qui démontre que les statistiques institutionnelles ne sont pas le reflet de l'ampleur de la problématique.

Certains groupes semblent plus susceptibles de subir des VSMU : les femmes (40,6 %), les personnes de minorités de genre (55,7 %), les personnes s'identifiant à la diversité sexuelle (49,2 %), les personnes déclarant avoir un handicap ou un problème de santé ayant un impact dans leur vie quotidienne (46,1 %), et les étudiants de l'international (41,6 %). Ces résultats appuient la nécessité d'offrir des services d'aide appropriés pour toutes les personnes victimes de VSMU.

En plus des personnes ayant vécu une forme de VSMU, 25,7 % des personnes ayant répondu à l'enquête ont rapporté avoir été témoins ou avoir reçu une confiance de la part d'une autre personne membre de la communauté universitaire ayant vécu une situation de VSMU. Ces personnes ont un rôle actif à jouer dans le soutien aux victimes, mais aussi dans la prévention et la dénonciation.

Parmi les participants et les participantes ayant vécu de la VSMU, 9,2 % ont rapporté avoir vécu des conséquences s'apparentant au trouble de stress post-traumatique (ex. : faire des efforts pour éviter des situations rappelant l'événement ou être constamment sur leurs gardes), et 47,3 % ont rapporté d'autres types de conséquences (ex. : difficultés à poursuivre leurs activités à l'université).

Ces données doivent inciter les instances gouvernementales et institutionnelles à se mobiliser autour du problème bien réel de la violence dans l'enseignement supérieur. Dans une perspective de tolérance zéro, les auteures de l'étude recommandent la mise en place de stratégies de prévention dont les suivantes : 1) des politiques institutionnelles spécifiques aux VSMU; 2) des campagnes de sensibilisation adaptées aux différents groupes fréquentant les campus; 3) des mécanismes de signalement et de dénonciation fonctionnels et sécuritaires; 4) des formations à l'intention des différents intervenants, mais aussi à l'intention de l'ensemble de la communauté susceptible de recevoir des confidences ou d'être témoin; 5) des services de soutien spécialisés accessibles à l'ensemble de la communauté dans un délai raisonnable. Le fait que les actes de VSMU soient davantage perpétrés contre les femmes ou les personnes issues de minorités de genre rappelle la nécessité de poursuivre la lutte aux inégalités de genre.

Les agressions sexuelles rapportées par la population canadienne dans l'Enquête sociale générale sur la victimisation

Aucune enquête ne permet actuellement de fournir des estimations relativement aux expériences d'agression sexuelle vécues au cours de la vie ou au cours de l'âge adulte auprès d'un échantillon représentatif de Québécois adultes. Les cycles sur la victimisation de l'Enquête sociale générale (ESG) réalisés tous les cinq ans documentent toutefois les expériences d'agression sexuelle auprès de la population canadienne âgée de 15 ans et plus. En 2014, cette enquête a permis d'estimer que 633 000 Canadiens avaient été victimes au moins une fois d'agression sexuelle au cours de l'année précédant l'enquête, soit un taux de 22 incidents d'agression sexuelle par 1 000 habitants de 15 ans et plus [7]. Le taux chez les femmes y est plus élevé que chez les hommes (37 contre 5 cas par 1 000) et plus élevé dans le groupe d'âge des 15 à 24 ans par rapport à l'ensemble de la population (71 cas par 1 000). Au Québec, le nombre de victimes se situait à 105 000, ce qui se traduit par un taux de 15 par 1 000 habitants de 15 ans et plus. Dans cette enquête, l'agression sexuelle inclut une activité sexuelle forcée, une tentative d'activité sexuelle forcée, des attouchements sexuels, un agrippement, des baisers ou caresses non désirés, ou une relation sexuelle sans être en mesure de consentir.

Par ailleurs, les données de l'ESG de 2014 montrent, à l'instar d'autres sources de données, que les Autochtones sont surreprésentés comme victimes d'agression sexuelle; le taux d'agression sexuelle enregistré par les Autochtones étant plus du double de celui observé chez les personnes non autochtones (58 contre 20). Parmi les situations d'agression sexuelle rapportées, l'agresseur était presque toujours de sexe masculin (94 %) et une personne inconnue dans 44 % des cas. Dans la majorité des agressions sexuelles, l'agresseur était âgé de 18 à 34 ans (58 %) et connu de la victime (ami, connaissance ou voisin : 52 %) [7].

Parmi les crimes mesurés dans l'ESG, l'agression sexuelle était la moins signalée à la police. Ainsi, en dépit du fait qu'il s'agissait du crime le plus grave mesuré dans cette enquête, c'est 5 % des agressions sexuelles qui, en 2014, ont été rapportées à la police, comparativement à 37 % des voies de fait et à 46 % des vols qualifiés [7]. Différentes raisons ont été rapportées par les victimes pour ne pas signaler l'agression sexuelle qu'elles avaient vécue, incluant : la croyance que la police n'aurait pas jugé l'incident assez important, le manque de preuve, la peur ou le fait de ne pas vouloir être embêtée par le processus judiciaire, la volonté que personne d'autre ne soit au courant, ou encore par souci de ne pas vouloir couvrir de honte ou déshonorer leur famille [7]. Enfin, il semble que tous les crimes contre la personne mesurés dans cette enquête aient enregistré une baisse entre 2004 et 2014, exception faite de l'agression sexuelle. Le taux de victimisation avec violence a reculé de 28 % dans les 10 dernières années, alors que l'agression sexuelle est le seul crime dont le taux soit demeuré relativement stable sur la même période avec 22 incidents pour 1 000 habitants de 15 ans et plus [7].

Encadré 2 – L'agression sexuelle dans les Forces armées canadiennes

Auteure : Karine Baril

La médiatisation de cas de harcèlement et d'agressions à caractère sexuel au sein des Forces armées canadiennes (FAC) a mis en lumière la problématique des violences sexuelles à l'endroit des militaires, incluant la culture sous-jacente de sexualisation dans les FAC et la loi du silence qui semble prévaloir en la matière.

Un sondage sur les inconduites sexuelles* dans les FAC a été mené par Statistique Canada en 2016 [33]. Tous les membres actifs de la Force régulière et de la Première réserve ont été invités sur une base volontaire à remplir un questionnaire sur leurs expériences et leurs perceptions en ce qui a trait aux comportements sexualisés inappropriés, à la discrimination fondée sur le sexe, l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, et à l'agression sexuelle au sein des FAC. Ils ont été interrogés sur ces types de comportements (subis ou observés comme témoin), et ce, dans le milieu de travail militaire ou encore à l'extérieur, mais mettant en cause d'autres militaires ou bien des employés ou des sous-traitants du ministère de la Défense. Des réponses ont été reçues de la part de plus de 43 000 membres actifs des FAC, soit environ 53 % des membres de la Force régulière et de la Première réserve.

Environ 960 membres de la Force régulière des FAC, ou 1,7 %, ont déclaré avoir été victimes d'agression sexuelle au cours des 12 mois précédents, soit dans le milieu de travail militaire, soit dans des situations mettant en cause des militaires ou bien des employés ou des sous-traitants du ministère de la Défense nationale. Cette proportion est nettement plus élevée que ce qui est observé parmi les Canadiens sur le marché du travail (0,9 %). Au sein de la Force régulière, les femmes qui représentaient 15 % des effectifs étaient quatre fois plus susceptibles que les hommes de déclarer avoir été agressées sexuellement au cours des 12 mois précédents (4,8 % par rapport à 1,2 %). Dans l'ensemble, plus du quart (27,3 %) des femmes ont déclaré avoir été victimes d'agression sexuelle au moins une fois depuis leur enrôlement dans les FAC, ce qui était le cas de 3,8 % des hommes.

Les contacts sexuels non désirés étaient la forme la plus courante d'agression sexuelle, 1,5 % des membres de la Force régulière ayant indiqué en avoir été victimes. Les autres formes d'agression sexuelle, à savoir les attaques de nature sexuelle (0,3 %) et l'activité sexuelle à laquelle la victime ne pouvait pas consentir (0,2 %), étaient moins fréquentes. Une répartition semblable a également été observée chez les membres de la Première réserve.

Près du quart (23 %) des victimes d'une agression sexuelle survenue au cours des 12 mois précédents ont signalé au moins un incident d'agression sexuelle à une personne en position d'autorité, le plus souvent à leur superviseur militaire (20 %). Moins de 1 victime sur 10 (7 %) a signalé sa victimisation à la police militaire ou au Service national des enquêtes des Forces canadiennes. Parmi les membres n'ayant pas signalé leur agression sexuelle à une personne en position d'autorité, la raison invoquée le plus souvent pour ne pas l'avoir fait est qu'ils ont réglé le problème eux-mêmes (43 % des femmes et 41 % des hommes). Les femmes qui ont été agressées sexuellement étaient plus susceptibles (35 %) que les hommes (14 %) d'indiquer ne pas avoir signalé leur victimisation parce qu'elles craignaient les conséquences négatives ou parce qu'elles avaient des préoccupations au sujet du processus formel de traitement des plaintes (18 % par rapport à 7 %). Les femmes qui ont été victimes d'agression sexuelle au cours des 12 mois précédents étaient plus susceptibles de déclarer que l'agresseur était leur superviseur ou une personne occupant un grade supérieur au leur (49 %).

En 2015, une ancienne juge à la Cour suprême du Canada a déposé un rapport officiel de l'examen externe sur l'inconduite sexuelle et le harcèlement sexuel dans les FAC, qui avait été demandé par le chef d'état-major de la Défense [34]. L'objectif de cette enquête était d'examiner les politiques, les procédures et les programmes des FAC en matière de harcèlement et d'agressions à caractère sexuel. La responsable de l'examen interne soutient qu'un nombre beaucoup plus élevé d'incidents liés à des comportements sexuels inappropriés se produisent.

Elle en conclut qu'il existe un problème grave de signalement dans les FAC, puisque le très faible nombre de plaintes qui sont déposées chaque année ne concorde pas avec les faits qui lui ont été rapportés pendant les consultations concernant des comportements sexuels inappropriés. On soutient dans le rapport que de nombreux participants à l'examen ont aussi soulevé ce problème et que diverses raisons font que les victimes évitent de signaler ces incidents. L'une des principales conclusions auxquelles est parvenue la responsable de l'examen externe est qu'il existe au sein des FAC une culture de sexualisation, que cette culture est hostile aux femmes et aux groupes de personnes LGBTQ, ce qui rend le milieu propice aux incidents graves que sont le harcèlement sexuel et l'agression sexuelle.

* Référait aux « comportements sexuels dommageables et inappropriés », soit tout acte compris entre des blagues ou des commentaires inappropriés et des agressions sexuelles (actes qui constituent une infraction en vertu du Code criminel ou du Code de discipline militaire).

Étiologie – facteurs de risque et de protection

Certaines conditions, circonstances ou caractéristiques chez une personne ou dans son environnement peuvent augmenter la probabilité de commettre une agression sexuelle ou d'en être victime (facteurs de risque), alors que d'autres ont un effet contraire (facteurs de protection) [8,35]. Il est à noter que la présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque ne signifie pas qu'ils soient la cause des agressions sexuelles; la présence de ces facteurs peut néanmoins en avoir augmenté les probabilités de survenue ou avoir précipité l'événement. Différents facteurs individuels, relationnels, communautaires et sociétaux sont associés à un plus grand risque qu'un mineur ou une personne adulte commette une agression sexuelle ou en soit victime [8,9,36]. Pour mieux planifier les interventions préventives en matière d'agression sexuelle, il importe d'identifier ces facteurs afin d'agir sur ces derniers et de cibler les groupes les plus susceptibles d'en commettre ou d'en subir.

Facteurs associés à un plus grand risque de commettre des agressions sexuelles

La recherche sur la délinquance sexuelle a permis l'identification de multiples facteurs augmentant les risques de commettre une agression sexuelle envers des enfants, des adolescents et des adultes, alors que peu de facteurs de protection ont à ce jour été identifiés [36,37]. Le tableau 4 présente les facteurs recensés comme étant associés aux personnes qui ont commis l'agression sexuelle, et ils s'appliquent majoritairement aux auteurs masculins d'agression sexuelle, mineurs et adultes, sauf indication contraire.

Tableau 4 Facteurs associés au risque de commettre une agression sexuelle [2,9,36,38–40]

FACTEURS INDIVIDUELS	
Dans l'enfance de l'individu	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Victime de maltraitance physique dans l'enfance^{a,b} ■ Victime d'agression sexuelle dans l'enfance^{a,b} 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Victime de maltraitance émotionnelle ■ Initiation sexuelle plus précoce
À l'âge adulte	
<i>Facteurs liés aux comportements sexuels</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes sexuels (paraphilies)^{a,b,c} ■ Multiples partenaires sexuels ■ Plus grandes pulsions sexuelles ■ Consommation de pornographie dont le contenu concorde avec les fantasmes d'agression sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sexualité impersonnelle (pratiques et croyances soutenant une sexualité à l'extérieur d'une relation) ■ Exposition à du matériel sexuellement explicite (ex. : pornographie, danseuses nues, etc.) ■ Victimisation sexuelle à l'âge adulte ■ Perpétration antérieure d'agression sexuelle
<i>Facteurs psychosociaux</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes de comportement/Délinquance ■ Historique de psychopathologie (dépression, anxiété, stress post-traumatique, psychoses)^b ■ Tentatives de suicide passées 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estime de soi plus faible ■ Personnalité antisociale^a ■ Troubles de personnalité^a
<i>Facteurs liés aux cognitions sexuelles ou de genre</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Préoccupations et fantasmes sexuels (ex. : fantasmes de sexualité coercitive ou sadomasochiste) ■ Pensées erronées face à l'agression sexuelle d'enfants (distorsions cognitives)^a ■ Adhésion aux mythes sur l'agression sexuelle ■ Adhésion aux rôles sexuels traditionnels ■ Acceptation de la violence 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volonté ou propension à obtenir une activité sexuelle non consentie ■ Attitude de blâme face à la victimisation sexuelle ■ Hostilité envers les femmes ■ Hypermasculinité (ex. : approbation de traits typiquement masculins, préoccupation face à sa masculinité, etc.) ■ Dominance, croyance soutenant l'autoritarisme
<i>Facteurs liés aux habiletés interpersonnelles</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Déficits des habiletés sociales^a ■ Difficulté de perception des intentions sexuelles d'une femme 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faible empathie
<i>Facteurs liés à la consommation de substances</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Consommation et abus de substances^a 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consommation d'alcool

^a Facteurs de risque plus spécifiques aux agressions sexuelles commises sur des enfants.

^b Facteurs de risque s'appliquant aussi aux agressions sexuelles commises par des femmes.

^c Facteur de risque identifié auprès d'adolescents ayant commis une agression sexuelle.

Tableau 4 Facteurs associés au risque de commettre une agression sexuelle (suite)

FACTEURS RELATIONNELS/FAMILIAUX	
Dans l'enfance de l'individu	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fonctionnement familial pauvre dans l'enfance^b ▪ Faible qualité de la relation parent-enfant 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Témoin de violence familiale dans l'enfance
À l'âge adulte	
<i>Facteurs liés aux relations avec les pairs</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perception d'approbation des pairs d'activités sexuelles non consenties ▪ Association à des pairs sexuellement délinquants ▪ Faire partie d'une équipe sportive (milieu collégial et universitaire) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perception de pression des pairs d'avoir des activités sexuelles ▪ Victime d'agression sexuelle par des pairs ▪ Appartenance à une <i>gang</i>
<i>Facteurs liés aux relations amoureuses ou conjugales</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficultés dans le fonctionnement relationnel (évitement émotionnel, contrôle du ou de la partenaire, faible communication, ambivalence dans la relation) ▪ Conflits conjugaux et violence physique commise ▪ Difficultés dans les relations intimes^a 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir une relation intime sans engagement ▪ Dépendance aux hommes et rejet[§]
<i>Facteurs liés au fonctionnement familial et social</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible soutien familial ▪ Environnement familial empreint de violence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolement social^a ▪ Environnement familial patriarcal
FACTEURS COMMUNAUTAIRES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faibles possibilités d'emploi ▪ Faibles sanctions de la communauté à l'endroit des agresseurs sexuels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tolérance générale des agressions sexuelles dans la communauté ▪ Soutien institutionnel faible (police et système judiciaire)
FACTEURS SOCIÉTAUX	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de criminalité élevé ▪ Normes sociales maintenant l'infériorité des femmes et la soumission sexuelle ▪ Forte tolérance du crime et de la violence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normes sociales soutenant l'agression sexuelle ▪ Normes sociales soutenant la supériorité masculine et les droits sexuels ▪ Absence de lois ou de politiques permettant de promouvoir et de soutenir le principe de l'égalité entre les hommes et les femmes

^a Facteurs de risque plus spécifiques aux agressions sexuelles commises sur des enfants.

^b Facteurs de risque s'appliquant aussi aux agressions sexuelles commises par des femmes.

Les facteurs de niveau individuel associés à un plus grand risque qu'une personne commette des agressions sexuelles, soit ceux liés aux caractéristiques biologiques et individuelles ainsi qu'à l'histoire personnelle, sont ceux ayant été le plus étudiés, et plusieurs d'entre eux ont montré des associations significatives avec la perpétration de l'agression sexuelle [35–37]. Ainsi, les agressions sexuelles commises par une personne sont dans la majorité des cas le résultat de différents besoins non comblés et de traumatismes au cours de la vie (particulièrement dans l'enfance), de problèmes dans leur développement général et sexuel, mais aussi de pensées et d'attitudes sur la sexualité, la violence et le genre (ex. : hostilité envers les femmes) qui sont favorables à l'agression sexuelle. De nombreuses études ont aussi établi un lien entre la perpétration d'agression sexuelle et la consommation d'alcool. Malgré des résultats parfois divergents selon qu'il s'agisse de consommation, d'abus ou de dépendance, la consommation d'alcool au moment de l'agression sexuelle apparaît comme un facteur de risque situationnel important dans le fait de commettre l'agression sexuelle [38,41]. Par ailleurs, l'influence d'un même facteur de risque individuel peut varier selon le sexe, le stade de vie et l'interaction avec d'autres facteurs [9,36,40].

Plusieurs facteurs de niveau relationnel ont aussi été étudiés auprès de personnes ayant commis une agression sexuelle, soit des facteurs liés aux relations avec les personnes qui constituent le cercle social le plus près de l'individu, et qui peuvent moduler leurs comportements et leurs expériences. Des difficultés avec la famille d'origine ou actuelle, la fréquentation de pairs antisociaux ou présentant des attitudes ou des croyances favorables à l'agression sexuelle, ainsi que des problèmes dans les relations amoureuses ou conjugales apparaissent davantage caractériser les personnes ayant commis une agression sexuelle.

Par ailleurs, quelques facteurs de protection aux plans individuel et relationnel peuvent réduire le risque de commettre l'agression sexuelle en amortissant l'effet d'autres facteurs de risque. Ces facteurs incluent le fait d'avoir eu des parents qui avaient recours à une approche réflexive pour résoudre les conflits familiaux dans l'enfance, le fait de présenter un sentiment d'appartenance sociale (*connectedness*), la réussite scolaire, l'empathie et la préoccupation des répercussions de ses propres actions sur autrui [36].

Les contextes communautaires et sociétaux dans lesquels les relations sociales s'établissent peuvent influencer le risque de commettre des agressions sexuelles, montrant qu'il s'agit d'un phénomène social qui concerne l'ensemble de la population. Ces facteurs ont fait l'objet de très peu d'études et peuvent être regroupés en deux grandes catégories, soit les facteurs liés au genre et les facteurs structurels [36]. Plusieurs de ces facteurs sont issus de modèles théoriques et ont trait à l'égalité des rapports hommes-femmes, aux croyances religieuses et culturelles, ainsi qu'aux normes et aux politiques sociales [2,9]. En dépit du fait que ces facteurs aient été très peu étudiés en lien avec la perpétration de l'agression sexuelle, ils ont été associés au fait de commettre d'autres formes de violence, laissant croire à leur implication dans le développement de comportements d'agression sexuelle [42].

Facteurs associés à un plus grand risque de victimisation sexuelle

Toute personne est susceptible de subir une agression sexuelle au cours de sa vie. Cela étant dit, des enfants et des adultes présentant certaines caractéristiques sont plus représentés parmi les victimes d'agression sexuelle. L'identification de telles caractéristiques est utile pour mieux planifier les interventions préventives en ciblant les groupes plus à risque de subir l'agression sexuelle, et en agissant sur les facteurs de risque identifiés. Ces facteurs ne devraient toutefois pas laisser supposer une forme de responsabilité chez la victime ou les parents.

Victimisation sexuelle pendant l'enfance

L'étiologie de la victimisation sexuelle des enfants est un domaine de recherche limité qui, à ce jour, a surtout permis de documenter ce qui caractérisait davantage les jeunes victimes et leur famille. En effet, peu d'études ont été réalisées dans ce domaine, et celles-ci sont majoritairement descriptives ou corrélationnelles, rendant difficile de prétendre que les facteurs identifiés soient des conditions présentes avant l'agression sexuelle. Néanmoins, les résultats d'une nouvelle génération d'études populationnelles et longitudinales permettent de prétendre que les facteurs personnels, familiaux et parentaux que l'on retrouve davantage chez les enfants victimes d'agression sexuelle sont des caractéristiques ou des environnements qui augmentent la vulnérabilité d'un enfant face à un agresseur sexuel [43].

Il est bien reconnu que le stade de développement et le sexe sont des facteurs qui augmentent les risques pour un enfant ou un adolescent d'être victime d'agression sexuelle. Ainsi, les filles seraient deux fois plus susceptibles que les garçons d'être agressées sexuellement dans l'enfance. Par ailleurs, les filles seraient plus à risque d'être agressées sexuellement à l'âge scolaire ou à l'adolescence, alors que les garçons sont plus à risque d'être victimes d'agression sexuelle à l'âge scolaire [28]. La présence d'un handicap ou d'une déficience a aussi été considérée comme une situation de vulnérabilité rendant un enfant plus à risque d'être victime d'agression sexuelle [44]. Différents éléments d'adversité, tels que les expériences antérieures de victimisation et les épisodes de séparation avec les parents, ainsi que différentes difficultés d'adaptation personnelle, sociale ou scolaire ont été associés aux jeunes victimes d'agression sexuelle (tableau 5). Une étude longitudinale ayant suivi 1 087 jeunes filles jusqu'au début de l'âge adulte a d'ailleurs montré que celles ayant été identifiées dans leur enfance comme ayant des besoins scolaires particuliers, des difficultés importantes d'apprentissage et ayant présenté des problèmes de comportement intériorisés et extériorisés étaient plus à risque d'avoir été agressées sexuellement [45].

Plusieurs facteurs liés au fonctionnement des parents et de la famille ont été reconnus comme des facteurs de risque de la victimisation sexuelle des enfants, incluant différents éléments d'adversité liés au rôle parental, des difficultés relationnelles, ainsi que des problèmes de santé mentale et de consommation de substances (tableau 5). Ces facteurs ne seraient pas directement associés à l'agression sexuelle de l'enfant, mais leur présence augmenterait les risques d'agression sexuelle de l'enfant en diminuant la capacité des parents à exercer une supervision efficace (ex. : périodes de consommation du parent qui affectent la supervision offerte). Ces facteurs augmenteraient aussi la vulnérabilité des enfants face à l'agression sexuelle en les rendant plus fragiles psychologiquement, et en favorisant chez eux le développement de caractéristiques qui sont recherchées par des agresseurs sexuels d'enfants (ex. : présence de comportements intériorisés liés aux problèmes de santé mentale du parent) [8]. Les premières enquêtes sur l'agression sexuelle envers des enfants approchés sur Internet semblent par ailleurs confirmer que les agresseurs ciblent des enfants, qui en plus de manifester un intérêt pour les discussions par clavardage concernant la sexualité, sont considérés par les agresseurs comme vulnérables et semblent être peu supervisés ou encadrés par leurs parents [46].

Enfin, alors que les caractéristiques sociodémographiques ont été plus clairement associées à d'autres formes de mauvais traitements, comme l'abus physique et la négligence, le lien entre l'agression sexuelle dans l'enfance et le statut socioéconomique de la famille ou du quartier et l'ethnicité serait moins clair ou, du moins, plus faible [13,47]. Il n'en demeure pas moins que les familles d'enfants agressés sexuellement vivant dans des contextes de pauvreté ou défavorisés d'un point de vue social sont surreprésentées dans les services sociaux, laissant croire à l'influence du statut socioéconomique sur la victimisation sexuelle des enfants [47]. À l'instar des facteurs associés à un plus grand risque de perpétration de l'agression sexuelle, le fait de faire partie d'une communauté dans laquelle les agressions sexuelles sont davantage tolérées et peu sanctionnées par ses membres s'avère un facteur de risque de victimisation sexuelle [2].

Sur le plan sociétal, les facteurs associés à un plus grand risque chez les enfants d'être agressés sexuellement ont peu fait l'objet d'études, mais il est reconnu que l'hypersexualisation des jeunes dans une société, les normes sociales favorisant l'inégalité des genres et les agressions sexuelles, ainsi que de faibles sanctions légales relatives aux agressions sexuelles sont des conditions favorables à la victimisation sexuelle des enfants [2].

Tableau 5 Facteurs associés au risque d'être victime d'agression sexuelle dans l'enfance (0-18 ans) [45,47-53]

FACTEURS INDIVIDUELS	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Sexe féminin ■ Être âgé de 6 à 11 ans (pour les ASE intrafamiliales) ■ Abus physique ou agression sexuelle dans le passé ■ Historique de placement ou soins institutionnels ■ Ne pas vivre avec ses deux parents biologiques (décès ou absence prolongée d'un des parents, séparation ou recomposition familiale) ■ Isolement social 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faible rendement scolaire/difficultés d'apprentissage ■ Être âgé de 12 à 17 ans (pour les ASE extrafamiliales) ■ Carences affectives ■ Présence de problèmes de comportement intériorisés ou extériorisés ■ Besoins particuliers (handicaps, déficience intellectuelle, maladies chroniques, problèmes de santé mentale) ■ Nombre de partenaires sexuels élevé et comportements sexuels problématiques (adolescentes)
FACTEURS RELATIONNELS/FAMILIAUX	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Faible supervision des parents ■ Grossesse non désirée par la mère ■ Faible niveau d'éducation des parents ■ Faible sentiment de compétence parentale ■ Présence dans la famille d'un conjoint qui n'est pas le père de l'enfant (beau-père) ■ Événements de vie stressants 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes conjugaux des parents et exposition à la violence conjugale ■ Consommation de drogues ou abus d'alcool des parents ■ Problèmes de santé mentale chez les parents ■ Relation parent-enfant difficile/Moins de chaleur maternelle/fréquence moins élevée d'attitude positive/faible attachement parent-enfant ■ Isolement social des parents ■ Grossesse précoce (20 ans et moins)
FACTEURS COMMUNAUTAIRES	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Tolérance de l'agression sexuelle et faibles sanctions dans une communauté 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faible statut socioéconomique de la famille
FACTEURS SOCIÉTAUX	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Hypersexualisation des jeunes ■ Normes traditionnelles quant au rôle des deux sexes ■ Idéologies des droits sexuels dominants de l'homme sur ceux de la femme 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Refus historique d'une société de reconnaître l'agression sexuelle envers les enfants ■ Normes sociales soutenant l'agression sexuelle ■ Faibles sanctions légales de l'agression sexuelle envers les enfants

Victimisation sexuelle à l'âge adulte

Les facteurs de risque d'être victime d'agression sexuelle à l'âge adulte ont surtout été étudiés auprès des femmes victimes, et réfèrent à une grande variété de situations d'agression sexuelle, dont celles commises par le partenaire intime dans un contexte conjugal ou de fréquentation amoureuse chez les jeunes adultes, ou encore les agressions sexuelles vécues sur les collègues et campus universitaires.

À l'instar des enfants et des adolescents, des adultes présentant certaines caractéristiques sont plus représentés parmi les victimes d'agression sexuelle. À cet effet, les données de la plus récente Enquête sociale générale de 2014, ayant documenté les expériences de victimisation autodéclarées dans la dernière année, montrent que les Canadiens de 15 ans et plus ayant rapporté une agression sexuelle étaient majoritairement des femmes, étaient plus susceptibles d'être âgés de 15 à 24 ans, étaient plus souvent célibataires, séparés ou divorcés que mariés, étaient plus susceptibles d'être étudiant qu'en situation d'emploi, et étaient plus nombreux à rapporter une identité autochtone [7]. Le taux de victimes d'agression sexuelle était aussi plus important parmi les personnes ayant rapporté des expériences de victimisation dans l'enfance, et parmi les personnes ayant déclaré une orientation sexuelle homosexuelle ou bisexuelle [7]. Dans cette enquête, 9 % des agressions sexuelles déclarées réfèrent à des situations dans lesquelles la victime n'était pas en mesure de consentir à une activité sexuelle parce qu'elle était droguée, intoxiquée ou manipulée d'une autre façon que par la menace ou la force physique [7].

Plusieurs autres études, majoritairement américaines, ont mis de l'avant différents facteurs associés à un plus grand risque d'être victime d'agression sexuelle parmi de jeunes femmes fréquentant les collèges. Deux catégories de facteurs apparaissent particulièrement associées à l'agression sexuelle auprès de cette population. La première concerne la consommation et l'abus d'alcool et de drogues, incluant la consommation au moment de l'agression. La seconde catégorie de facteurs regroupe ceux liés à l'expérience de la personne en matière de sexualité. En effet, des études ont montré des associations entre le risque d'être victime d'agression sexuelle et certaines caractéristiques de la sexualité, notamment le jeune âge au moment de la première relation sexuelle, un nombre élevé de partenaires, de l'insatisfaction ou de la culpabilité face à la sexualité, l'utilisation de la sexualité pour combler des besoins non sexuels, etc. [54–59].

Tout comme chez les enfants et les adolescents, la pauvreté, la tolérance de l'agression sexuelle et les faibles sanctions face à l'agression sexuelle au sein d'une communauté sont associées à un plus grand risque de victimisation sexuelle des adultes [2]. Encore ici, même si les facteurs sociétaux associés à la victimisation sexuelle des adultes ont été négligés du point de vue de la recherche, les normes sociales favorisant l'inégalité des genres et les agressions sexuelles, ainsi que de faibles sanctions légales relatives aux agressions sexuelles sont des conditions sociétales propices aux agressions sexuelles [2].

Tableau 6 Facteurs associés au risque d'être victime d'agression sexuelle à l'âge adulte [2,54,56–62]

FACTEURS INDIVIDUELS	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Être une femme ■ Jeune âge (les 15-24 ans étant les plus représentés parmi les victimes)/statut étudiant ■ Orientation homosexuelle ou bisexuelle ■ Consommation et abus d'alcool ou de drogues (avant ou pendant la situation d'agression sexuelle) ■ Travailler dans l'industrie du sexe ■ Dépression et autres problèmes de santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Être célibataire, séparé ou divorcé ■ Être d'identité autochtone ■ Avoir déjà été victime d'agression sexuelle dans l'enfance ou au cours de la vie adulte ■ Avoir été victime de maltraitance physique dans l'enfance ■ Pauvreté ■ Faible niveau d'éducation
FACTEURS RELATIONNELS ET FAMILIAUX	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Avoir de nombreux partenaires sexuels 	
FACTEURS COMMUNAUTAIRES	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Tolérance de l'agression sexuelle et faibles sanctions dans une communauté 	
FACTEURS SOCIÉTAUX	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Normes traditionnelles quant au rôle des deux sexes ■ Idéologie des droits sexuels de l'homme 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Normes sociales soutenant l'agression sexuelle ■ Faibles sanctions légales face aux agressions sexuelles

Conséquences des agressions sexuelles sur la santé

Les conséquences qu'entraînent les agressions sexuelles auprès des victimes sont multiples et peuvent perdurer tout au cours de la vie, et se poursuivre à travers les générations avec des effets néfastes sur la santé, l'éducation, l'emploi, la criminalité et l'économie des personnes qui en sont victimes, mais aussi de leur famille, des communautés et des sociétés [2].

Conséquences sur la santé mentale et physique des agressions sexuelles vécues dans l'enfance et à l'adolescence

Conséquences dans l'enfance et à l'adolescence

Il ne semble pas exister un patron précis de conséquences de l'agression sexuelle vécue dans l'enfance, celle-ci entraînant plutôt chez les enfants des séquelles variées qui ne seraient pas homogènes d'un enfant à l'autre [63]. Les enfants victimes d'agression sexuelle peuvent faire face à des conséquences physiques et psychologiques immédiates, mais aussi à des conséquences chroniques qui peuvent interférer avec leur adaptation tout au cours de leur développement [64,65]. En effet, survenant à une période où l'enfant est en développement, l'agression sexuelle constitue un traumatisme pouvant entraîner des conséquences neurobiologiques [66], et pouvant aussi affecter négativement certains processus développementaux (ex. : régulation des émotions, style cognitif, stratégies d'adaptation, etc.) [53].

Parmi les conséquences à court terme sur la santé physique, mentionnons les blessures au corps (ex. : ecchymoses, rougeurs, pétéchies) en cas de violence ou de contrainte physique, ainsi que des douleurs, saignements, lésions ou lacérations à la région génitale [67]. Les jeunes victimes sont aussi susceptibles de contracter des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), et une grossesse peut survenir chez les filles pubères à la suite d'une agression sexuelle [67]. Mais dans la majorité des situations d'agression sexuelle d'un enfant, aucun signe physique ne sera décelable. Les conséquences documentées sont avant tout psychologiques et concernent principalement les symptômes du trouble de

stress post-traumatique, la détresse psychologique, la dépression, la dissociation ainsi que les comportements sexuels problématiques [13,65,68].

Le tableau 7 recense les conséquences sur la santé mentale et physique les plus souvent rencontrées pendant l'enfance et l'adolescence à la suite d'une agression sexuelle.

Tableau 7 Conséquences sur la santé physique et mentale de l'agression sexuelle auprès de mineurs manifestées dans l'enfance et à l'adolescence [13,65,68,69]

Conséquences sur la santé physique et mentale de l'agression sexuelle	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Symptômes dépressifs ■ Anxiété, peur, méfiance ■ Faible estime de soi ■ Retards développementaux ■ Comportements d'isolement social ■ Troubles alimentaires, tels que l'anorexie et la boulimie ■ Idéations suicidaires et tentatives de suicide ■ Consommation d'alcool et de drogues (adolescence) ■ Symptômes du trouble de stress post-traumatique ■ Symptômes de dissociation^a 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes de comportement extériorisés (ex. : agressivité, opposition, problèmes d'attention) ■ Comportements sexuels problématiques non en lien avec le stade développemental (ex. : masturbation excessive, comportement sexuel intrusif envers un autre enfant) ■ Problèmes somatiques (ex. : énurésie, problèmes digestifs) ■ Revictimisation sexuelle ■ Victimisation et agression dans les fréquentations amoureuses ■ Comportements sexuels à risque, tels les activités sexuelles précoces et les partenaires sexuels multiples (adolescence) ■ Comportements autodestructeurs et automutilation

^a Fuite psychologique pouvant se traduire par des perturbations de la conscience, de la mémoire, de l'identité ou de la perception de l'environnement.

Facteurs influençant le développement des conséquences

Plusieurs facteurs ont été identifiés comme influençant le développement des conséquences des enfants victimes d'agression sexuelle, et permettent de mieux comprendre la diversité des difficultés présentées par ces enfants. Ces facteurs incluent les caractéristiques de l'agression sexuelle (nature des gestes, fréquence, durée, âge au moment des agressions, lien avec l'agresseur), les caractéristiques individuelles des victimes (sexe de la victime, personnalité, compétences personnelles, stratégies pour composer avec le traumatisme), les caractéristiques de la famille (autres événements stressants vécus au sein de la famille, qualité de la relation parent-enfant, fonctionnement familial), et les sources de soutien (soutien maternel et familial, réactions de l'entourage, ressources de soutien [pairs, adultes significatifs]) [65,68,70]. Plusieurs études ont montré que le soutien positif offert par les parents à l'enfant victime d'agression sexuelle, incluant le fait de croire l'enfant et la réaction de soutien à la suite du dévoilement, constituerait une des conditions les plus importantes pour favoriser l'adaptation de l'enfant et pour réduire les risques de développer des symptômes, et ce, indépendamment des caractéristiques de l'agression vécue [71].

Conséquences à l'âge adulte

De larges enquêtes populationnelles, ainsi qu'un nombre important d'études auprès d'échantillons cliniques et de convenance, ont montré la grande diversité des conséquences que peuvent toujours présenter à l'âge adulte les personnes ayant été victimes d'agression sexuelle dans l'enfance, et ce, dans plusieurs sphères de fonctionnement (tableau 8). Les séquelles les plus fréquemment rapportées incluent les problèmes de santé mentale, tels les symptômes du trouble de stress post-traumatique, la dépression, les comportements suicidaires et les troubles de personnalité. Elles incluent également l'abus et la dépendance aux substances, les difficultés d'ordre relationnel et conjugal, ainsi que des conséquences sur la santé physique, incluant un plus grand risque de maladies chroniques [72–75].

Les données de l'Enquête canadienne sur la santé dans les collectivités – Santé mentale 2012 ont révélé que le fait d'avoir été agressé sexuellement avant l'âge de 16 ans par un adulte était associé à tous les problèmes de santé mentale mesurés dans l'enquête, incluant les idéations suicidaires et les tentatives de suicide [76]. Les données de cette enquête montrent également que chez les Canadiens, l'agression sexuelle était associée à une perception d'être en moins bonne santé et à une augmentation du risque de présenter 7 des 13 conditions physiques évaluées dans cette étude, soit l'arthrite, les problèmes de dos, les migraines, les bronchites chroniques/emphysème, le diabète, le cancer, la maladie inflammatoire de l'intestin et le syndrome de fatigue chronique [77].

Tableau 8 Conséquences sur la santé physique et mentale à l'âge adulte de l'agression sexuelle vécue dans l'enfance [29,64,75,76,78–81]

Conséquences sur la santé physique et sexuelle
<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes somatiques (ex. : douleurs, troubles digestifs, troubles du sommeil) ■ Habitudes de vie à risque (ex. : tabagisme, usage d'alcool et de drogues) ■ Comportements sexuels à risque (ex. : rapports sexuels non protégés, partenaires sexuels multiples, etc.) ■ Moins bonne santé physique ■ Perception d'une moins bonne santé physique ■ Consultations médicales plus fréquentes ■ Invalidité professionnelle ■ Maladies chroniques ■ Douleurs chroniques ■ Complications gynécologiques et périnatales ■ Problèmes sexuels (ex. : dyspareunie, vaginisme chez la femme) ■ Plus grand risque de VIH et ITSS
Conséquences sur la santé mentale
<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes de santé mentale (dépression, troubles de personnalité, troubles psychotiques, trouble panique, etc.) ■ Détresse psychologique ■ Dissociation ■ Symptômes de l'état de stress post-traumatique ■ Anxiété ■ Automutilation ■ Idéations suicidaires, tentatives de suicide et suicide complété ■ Abus de drogues et d'alcool
Conséquences sur la santé maternelle
<ul style="list-style-type: none"> ■ Maternité précoce ■ Réactivation des symptômes de stress post-traumatique (grossesse, accouchement, allaitement) ■ Gestation plus courte ■ Dépression post-partum

De plus en plus d'études s'intéressent aux effets intergénérationnels de l'agression sexuelle dans l'enfance des parents. Elles laissent présumer que l'agression sexuelle dans l'enfance peut avoir des conséquences sur plus d'une génération, et même constituer un facteur de risque d'agression sexuelle dans la prochaine génération [43], particulièrement lorsque les mères victimes d'agression sexuelle dans l'enfance présentent davantage de difficultés à l'âge adulte [82]. Il appert en effet que les difficultés qui sont davantage vécues par des parents ayant été victimes d'agression sexuelle risquent de persister et de s'accumuler au fil du temps, exposant leurs enfants à divers facteurs de risque (ex. : problèmes de santé mentale des parents, instabilité familiale, événements de vie stressants, difficultés parentales, etc.) qui sont susceptibles de les affecter tout au cours de leur développement [83] et d'interférer avec leur adaptation [84,85].

Conséquences sur la santé mentale et physique des agressions sexuelles vécues à l'âge adulte

Les agressions sexuelles vécues à l'âge adulte peuvent mener à des conséquences négatives immédiates et directes, telles que des blessures, des traumatismes physiques ou la mort, ou encore entraîner indirectement une variété de conséquences sur la santé physique et mentale, et le bien-être [2] (tableau 9). En comparaison avec les agressions sexuelles vécues dans l'enfance, celles vécues par les adultes sont plus souvent uniques, et surviennent à un moment de la vie où le développement de l'identité et de la personnalité est plus stable. Elles sont donc susceptibles d'entraîner un spectre de séquelles plus circonscrit.

L'Enquête sociale générale de 2014 a montré une association entre les agressions sexuelles survenues dans la dernière année et le fait de rapporter être limité dans ses activités quotidiennes en raison d'une incapacité liée à un trouble psychologique, développemental ou d'apprentissage. Les personnes ayant rapporté une agression sexuelle dans les 12 derniers mois étaient aussi plus susceptibles de rapporter une consommation excessive d'alcool ou une consommation de drogues dans le mois précédant l'enquête [7]. D'autres études ont démontré que les adultes victimes d'agression sexuelle sont susceptibles de présenter des difficultés plusieurs années après l'épisode d'agression sexuelle, particulièrement des symptômes du trouble de stress post-traumatique [86,87].

Par ailleurs, même s'ils sont moins victimes d'agression sexuelle que les femmes, plusieurs études ont montré que les hommes rapportaient autant de conséquences que les femmes victimes, voire davantage selon les études, et de même intensité [87]. Les hommes victimes d'agression sexuelle sont plus susceptibles de présenter des dysfonctions sexuelles et rapportent aussi plus de confusion et d'inquiétude quant à leur orientation sexuelle que les femmes [87].

Tableau 9 Conséquences sur la santé physique et mentale de l'agression sexuelle à l'âge adulte [2,7,86,87]

Conséquences sur la santé physique et sexuelle
<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes somatiques (ex. : migraines, nausées, fatigue) ■ Problèmes d'alimentation, perte d'appétit ■ Comportements sexuels à risque (ex. : rapports sexuels non protégés, partenaires sexuels multiples, etc.) ■ Plus grande consommation de soins de santé ■ Douleurs gynécologiques et menstruelles (femmes) ■ Dysfonctions sexuelles (ex. : trouble de l'orgasme et douleurs lors des rapports sexuels chez la femme ou dysfonction érectile chez l'homme) ■ Plus grand risque de VIH et ITSS (4 % à 30 % des victimes contracteraient une ITSS suite à une agression sexuelle) ■ Revictimisation
Conséquences sur la santé mentale
<ul style="list-style-type: none"> ■ Symptômes de stress post-traumatique ■ Peur, anxiété, phobie sociale ■ Détresse psychologique et dépression majeure ■ Automutilation ■ Idéations suicidaires, tentatives de suicide ■ Abus de drogues et d'alcool

Prévention de l'agression sexuelle

Le recours à une approche de santé publique pour prévenir les agressions sexuelles plaide en faveur d'une priorisation de stratégies de prévention primaire et universelle, visant l'ensemble de la population avant que la violence ne survienne, indépendamment du risque présenté. Cela inclut aussi la modification de conditions de l'environnement qui favorisent l'agression sexuelle [88]. S'appuyant sur les recommandations de prévention formulées par différentes organisations et différents auteurs, mais également sur la base des connaissances en matière d'agression sexuelle, la prévention primaire des agressions sexuelles devrait :

- 1) s'inscrire en amont, par le recours à des interventions précoces et l'amélioration des conditions de vie des familles;
- 2) faire la promotion de normes sociales favorisant la non-tolérance des agressions sexuelles;
- 3) favoriser le développement d'habiletés pour prévenir les agressions sexuelles; et
- 4) favoriser la création de milieux de vie sécuritaires [2,88,89].

Ces actions réfèrent à une large gamme de stratégies qui devraient être implantées de manière complémentaire selon différents niveaux d'intervention. Au Québec, la Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles, publiée en 2016 par le gouvernement du Québec, prévoit différents objectifs et actions à déployer qui rejoignent plusieurs de ces stratégies de prévention [5].

Nécessité d'intervenir en amont

Par des interventions précoces

La mise en place d'interventions qui agissent précocement dans la trajectoire de vie avant que le problème n'apparaisse, en ciblant notamment les jeunes, fait partie des principes de base en prévention de la violence [90], et s'avère aussi cruciale pour prévenir les agressions sexuelles [91]. En effet, les enfants et les adolescents constituent la majorité des victimes d'agression sexuelle, et les jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans représentent le groupe d'âge le plus à risque d'agression sexuelle chez les adultes [1]. De plus, les mineurs sont responsables d'un nombre important d'agressions sexuelles. Plusieurs agresseurs sexuels adultes ont par ailleurs affirmé avoir commis leur premier délit à l'adolescence (entre 50 % et 80 % selon les études), montrant l'importance d'intervenir précocement pour prévenir les agressions sexuelles [92].

La prévention en matière d'agression sexuelle devrait consister notamment à éliminer ou à réduire les facteurs de risque modifiables qui ont été le plus associés à la perpétration, et ce, à la période développementale la plus appropriée pour agir sur ces facteurs [36,93]. Or, plusieurs des facteurs individuels associés à l'agression sexuelle sont liés à l'enfance et à la famille d'origine (ex. : mauvais traitements, santé mentale maternelle), et plusieurs facteurs de risque à l'âge adulte (ex. : troubles des conduites, personnalité antisociale, problèmes intériorisés, faibles habiletés sociales et émotionnelles) prennent eux-mêmes racine dans l'enfance. Ainsi, puisque le fait d'avoir vécu des mauvais traitements dans l'enfance a été associé à un risque plus grand de commettre des agressions sexuelles et d'en être victime, les experts supposent que les programmes de prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les enfants ont le potentiel de prévenir l'agression sexuelle (voir le chapitre 2). Ces programmes consistent principalement en des visites à domicile et des interventions destinées aux parents pour augmenter leurs compétences parentales. Même si ce type de programme compte parmi les stratégies les plus prometteuses pour prévenir les mauvais traitements, ils n'ont cependant pas fait l'objet d'évaluation quant à leur efficacité à prévenir à long terme le fait de commettre ou de subir une agression sexuelle [2].

Par des changements sociaux

Différents facteurs d'ordre économique et social sont associés à l'agression sexuelle, notamment parce qu'ils ont une influence sur le développement de conditions et de contextes qui ont été identifiés comme des facteurs de risque de commettre ou de subir l'agression sexuelle. Dans une perspective de prévention, ces facteurs doivent être contrés par la mise en place d'initiatives et de politiques publiques. Ainsi, les politiques et les programmes qui fournissent aux femmes et aux filles la possibilité d'améliorer leur situation relativement à leur éducation, à leur employabilité et à leur revenu ont montré leur efficacité à contrer des facteurs de risque associés aux agressions sexuelles, comme l'inégalité des genres, et peuvent donc réduire les risques d'agression sexuelle [89]. Ces politiques concernent notamment l'accès à des services de garde abordables et de qualité pour les parents qui travaillent, des congés familiaux et médicaux payés, ou des prestations de maternité qui sont favorables à la fois au maintien en emploi des femmes et à un retour au travail plus tardif après un congé de maternité.

De plus, les actions visant à soutenir les familles par l'amélioration de leurs conditions de vie sont des mesures favorables au développement des enfants, et s'inscrivent dans des stratégies de prévention qui sont susceptibles de réduire précocement des facteurs de risque de l'agression sexuelle. Bien que ces politiques favorables aux familles et au développement des enfants n'aient pas directement été associées à la diminution de la prévalence des agressions sexuelles, les données suggèrent qu'elles peuvent contribuer à la sécurité économique des femmes et des familles, et favoriser le bien-être psychologique des mères et des enfants, ce qui peut être protecteur en matière d'agression sexuelle [89]. Dans leur recension des écrits, Kloppen et ses collaborateurs identifient un déclin de la prévalence autorapportée de l'agression sexuelle intrafamiliale dans les pays scandinaves dans les 20 dernières années, qu'ils expliquent par les caractéristiques sociales, culturelles et socioéconomiques propres à ces pays (ex. : faible taux de pauvreté, faibles inégalités de revenus, niveau d'éducation général plus élevé, etc.).

Selon les auteurs, la mise en place de politiques d'intervention précoce et une plus grande sensibilisation face aux agressions sexuelles dans la population générale expliqueraient ce déclin. Des services de santé publique continus destinés aux mères et aux jeunes enfants, et un réseau public étendu de services de garde de qualité pour les enfants d'âge préscolaire peuvent, selon ces auteurs, réduire l'isolement des familles et favoriser l'identification des familles à risque [94].

Promouvoir des normes sociales favorisant la non-tolérance des agressions sexuelles et de rapports inégaux entre les hommes et les femmes

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les initiatives axées sur la transformation des normes sociales qui cautionnent la violence sexuelle sont un élément fondamental de la prévention de cette forme de violence [2]. Les normes sociales et culturelles renvoient aux règles et comportements attendus au sein d'un groupe social, et vont définir ce qui est acceptable ou non concernant un phénomène comme les agressions sexuelles, mais vont aussi influencer la perception de la société et la manière dont elle y répond [2]. Les normes sociales soutenant l'agression sexuelle réfèrent en quelque sorte à ce que certains groupes ont qualifié de « culture du viol », en faisant référence à des attitudes, des comportements et des pratiques qui vont banaliser, normaliser ou tolérer l'agression sexuelle, et qui peuvent se refléter dans différents environnements sociaux (famille, travail, communauté), dans les médias, dans le système judiciaire ou sur le plan politique [3,4]. Ainsi, les normes sociales propices à l'agression sexuelle et aux rapports inégaux entre les hommes et les femmes, ainsi que l'adhésion d'individus, de sous-groupes ou de toute la société à des mythes et des préjugés sur l'agression sexuelle sont des conditions sociétales favorisant les agressions sexuelles qu'il faut contrer. Ce faisant, on favorisera une meilleure reconnaissance du phénomène, en plus d'instaurer un climat de non-tolérance et de dénonciation des agressions sexuelles, et d'offrir un meilleur soutien aux victimes. Les principales mesures permettant d'influencer les normes sociales relatives aux agressions sexuelles et à l'égalité entre les hommes et les femmes devraient viser l'ensemble de la population en : 1) incluant des campagnes de sensibilisation; 2) ciblant les médias qui sont une des voies d'influence importantes des normes sociales; 3) visant les témoins potentiels d'agression sexuelle; et 4) formant différents acteurs appelés à intervenir en matière d'agression sexuelle.

Campagnes de sensibilisation

Les campagnes visant spécifiquement les jeunes hommes et les adolescents dans le but d'encourager des normes positives concernant le genre, la masculinité et la violence permettent d'inclure les hommes et les adolescents comme des alliés dans la prévention des agressions sexuelles et dans le soutien des victimes, et montrent un potentiel à modifier des normes propices aux agressions sexuelles et aux rapports inégaux de genre [2,89]. Aussi, les messages devraient favoriser le dévoilement et la dénonciation précoces des agressions sexuelles, mais en allant au-delà du message de briser le silence pour les victimes, et ce, en déresponsabilisant la victime, en ciblant l'ensemble des barrières personnelles et sociales qui entravent la divulgation (ex. : la minimisation de l'agression sexuelle ou la peur de ne pas être cru) [7,95], et en offrant des pistes concrètes aux victimes et aux personnes susceptibles de recevoir des confidences ou qui ont des soupçons [95,96]. Enfin, la plus grande réticence des garçons et des hommes à dévoiler une victimisation sexuelle et à solliciter de l'aide devrait aussi être abordée dans les campagnes de sensibilisation [96].

Médias

Les médias sont la source principale d'information sur la criminalité et les agressions sexuelles pour la majorité de la population [97]. Considérés comme jouant un rôle important dans le façonnement des normes sociales, les médias – par leur couverture médiatique des crimes, dont les agressions sexuelles – influenceraient les connaissances, les croyances, les attitudes et les comportements de la population face à ces phénomènes [2,98–100]. En traitant dans les médias d'une diversité d'événements liés aux agressions sexuelles, on peut contribuer à mieux faire comprendre ce qu'est une agression sexuelle et à faire ressortir son caractère inacceptable. Compte tenu du rôle que jouent les médias dans la compréhension de ce problème, il est important d'y retrouver une information objective, exempte de préjugé et de sensationnalisme, d'y présenter des articles de fond qui traitent des causes sous-jacentes et des conséquences individuelles et sociales des agressions sexuelles [101]. En parlant de l'aide, de la protection des victimes et des ressources disponibles, les médias incitent les victimes, les agresseurs ou les agresseurs potentiels et l'entourage à faire appel aux ressources d'aide. Ils contribuent ainsi à briser la croyance voulant que l'agression sexuelle soit un problème individuel et privé qui ne doit être géré que par les personnes impliquées [101]. Ces pratiques journalistiques doivent être encouragées dans la formation initiale et continue des professionnels, et soutenues par des ressources comme des trousseaux destinées à l'intention des médias [13].

■ La réponse aux victimes comme stratégie de prévention

La victimisation sexuelle dans l'enfance et l'exposition à d'autres traumatismes sont associées à une augmentation du risque de subir et de commettre ultérieurement l'agression sexuelle. La réponse aux besoins des victimes par un accès à des services thérapeutiques efficaces permet de réduire les conséquences psychologiques et comportementales négatives des agressions sexuelles. Cette réponse peut contribuer à long terme à réduire la prévalence des agressions sexuelles, et constitue ainsi une mesure de prévention primaire de l'agression sexuelle. En outre, elle constitue aussi une stratégie de prévention des agressions sexuelles en démontrant que la société prend cette problématique au sérieux, et en contribuant à diminuer la tolérance sociale relativement aux agressions sexuelles [89].

Témoins potentiels (ou témoins actifs)

Différents programmes ont été mis sur pied pour viser les témoins potentiels d'agression sexuelle (*bystander approaches*) dans le but d'encourager les individus à promouvoir des normes sociales qui permettent de contrer les agressions sexuelles [89]. Ces programmes, principalement implantés et évalués en milieu scolaire secondaire et postsecondaire, mais aussi auprès d'équipes sportives [102] ou de personnel militaire [103], visent à inciter les individus à exercer dans leur milieu un leadership en matière de prévention des agressions sexuelles. Ils ont pour objectifs de réduire le problème en développant les compétences et la détermination des témoins à adopter des comportements permettant de détecter les situations à risque, de reconnaître les gestes d'agression sexuelle, et d'intervenir de manière sécuritaire et efficace pour venir en aide à une victime ou à une victime potentielle. Ces programmes visent en outre à adopter des réactions adéquates et à soutenir les pairs lors d'un dévoilement d'une agression sexuelle. L'implantation de ce type de programme fait d'ailleurs partie des recommandations du rapport ESSIMU documentant les violences sexuelles en milieu universitaire au Québec [31].

Des études évaluatives montrent que des programmes comme *Bringing in the Bystander* et *Green Dot* réduisent chez les jeunes leur acceptation de la violence, et augmentent leur volonté et leur capacité d'intervenir dans leurs groupes de pairs pour s'opposer au langage sexiste ou à des comportements à risque d'agression sexuelle. Ils améliorent également leur capacité à offrir de l'aide ou du soutien dans des situations d'agression sexuelle potentielle ou avérée [104–106].

Ces programmes peuvent contribuer à réduire des croyances favorisant la violence sexuelle [107–109], et à accroître les sentiments d'efficacité pour s'engager dans des comportements de témoins actifs [104,107]. Des évaluations du programme *Green Dot* (www.livethegreendot.com) auprès d'étudiants collégiens américains ont montré que ce programme permettait de réduire significativement la victimisation et la perpétration de violence auprès des étudiants des campus où le programme était implanté, particulièrement en matière de harcèlement sexuel et de victimisation sexuelle [105,106].

Formation des professionnels

Les normes sociales propices aux agressions sexuelles et aux rapports inégaux entre les hommes et les femmes ont le potentiel d'être soutenues par des individus qui sont appelés à intervenir en matière d'agression sexuelle, suggérant la recommandation de formations initiales et continues adéquates en matière d'agression sexuelle auprès de ces acteurs [93,110]. Cette recommandation concerne notamment les différents intervenants impliqués sur le plan judiciaire (policiers, enquêteurs, avocats, juges). Le Comité permanent de la condition féminine (2017) recommande d'ailleurs la mise en place de formations obligatoires pour tous les agents d'application de la loi, les procureurs et le personnel de la Couronne, et les membres de l'ordre judiciaire sous réglementation provinciale. Ces formations valoriseraient une culture du consentement et enseigneraient aux corps policiers et aux fonctionnaires de justice comment traiter adéquatement les signalements d'agression sexuelle [111].

De plus, les intervenants psychosociaux sont des acteurs clés de la prévention et du dépistage des agressions sexuelles, particulièrement en ce qui concerne les mineurs, car ils jouent un rôle dans l'éducation à la sexualité, la promotion de comportements égalitaires, et sont les premiers observateurs de comportements inhabituels ou d'indices d'agression sexuelle [112]. Par exemple, les intervenants psychosociaux sont ceux qui procèdent le plus à des signalements d'agression sexuelle aux autorités [113]. Ce constat plaide pour une formation de l'ensemble de ces intervenants afin qu'ils constituent des acteurs favorisant une reconnaissance des agressions sexuelles, qu'ils soutiennent un climat de non-tolérance et de dénonciation des agressions sexuelles, et qu'ils assurent le soutien et l'accompagnement adéquat des victimes [113].

■ Prévention de la récidive des auteurs d'agression sexuelle

Plusieurs mesures visant à prévenir la récidive auprès d'agresseurs sexuels connus des autorités par le monitoring des délinquants sexuels ont cours au Québec, au Canada et aux États-Unis (ex. : registres, vérification des antécédents judiciaires, mise en place de sentences d'incarcération plus longues) [13]. Ces mesures, même si elles ont l'avantage de refléter le caractère inacceptable des agressions sexuelles dans la société, s'appuient sur la croyance que la majorité des agresseurs sexuels récidivent, ce qui n'est pas soutenu par la recherche [114]. De plus, jusqu'à maintenant, les lois visant l'enregistrement des délinquants sexuels ne se sont pas montrées efficaces aux États-Unis contre la récidive des délinquants sexuels, montrant les limites de ces approches.

Favoriser le développement de connaissances et d'habiletés individuelles pour prévenir les agressions sexuelles

Les stratégies visant le développement de connaissances et d'habiletés auprès des jeunes – et parfois de leurs parents – sont parmi les plus implantées, et permettent de cibler des facteurs de risque et de protection individuels de l'agression sexuelle auprès de victimes et d'agresseurs potentiels. Ces stratégies incluent : 1) des programmes axés sur le développement d'habiletés sociales et émotionnelles; 2) des programmes permettant le développement d'habiletés favorables à des relations amoureuses et sexuelles égalitaires et saines; 3) de l'éducation à la sexualité; et 4) des programmes éducatifs visant à réduire la vulnérabilité des individus face à l'agression sexuelle. Ces stratégies peuvent en outre permettre de réduire différentes formes de victimisation qui ont été associées à l'agression sexuelle (ex. : intimidation, harcèlement sexuel, violence dans les fréquentations amoureuses à l'adolescence), mais aussi de réduire les facteurs de risque associés à la perpétration de l'agression sexuelle et à la victimisation sexuelle [89]. Le constat qui se dégage toutefois de ces programmes est qu'ils sont actuellement implantés sous forme de programmes courts et en milieu scolaire seulement [115]. Les résultats d'évaluation d'efficacité de ces programmes plaident en faveur d'une consolidation de la prévention universelle des agressions sexuelles par des approches intégrées et multifactorielles qui viseraient le développement de plusieurs habiletés et connaissances auprès des individus et qui, en plus de cibler les jeunes, cibleraient les environnements dans lesquels ils évoluent, et ce, tout au cours de leur développement [96].

Développement d'habiletés sociales et émotionnelles chez les jeunes

Les programmes implantés en milieu scolaire pour favoriser le développement des habiletés sociales et émotionnelles des jeunes visent à contrer l'apparition de facteurs de risque individuels qui ont été associés au développement de problèmes de conduite et au fait de perpétrer de la violence, tels l'impulsivité, le manque d'empathie, les difficultés de résolution de conflits et de faibles compétences sociales [2,89]. Même si, dans l'ensemble, l'efficacité à prévenir les comportements d'agression sexuelle à l'adolescence ou plus tard dans la vie de ce type de programme a été peu démontrée [2], des recherches récentes concernant l'efficacité du programme *Second Step: Student Success through Prevention* montrent une diminution de la violence sexuelle verbale et physique perpétrée auprès d'étudiants de niveau secondaire (*middle schools*) [116].

Développement d'habiletés favorables à des relations amoureuses et sexuelles égalitaires et saines

Des programmes reconnus efficaces sont aussi offerts aux adolescents du secondaire pour faire la promotion de relations égalitaires entre les hommes et les femmes, et la prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes, dont l'agression sexuelle. Au Québec, ces programmes sont Jeunes en action contre la violence sexuelle (J'AVISE) [117] et le programme Prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes (ViRAJ) [118] (voir chapitre 4). Deux programmes de prévention universelle de la violence dans les fréquentations amoureuses destinés aux élèves du secondaire ont montré leur efficacité pour réduire les comportements de harcèlement et d'agression de nature sexuelle [119], soit le *Safe Dates* [120] et le *Shifting Boundaries* [121,122].

D'autres programmes destinés aux adolescents sont implantés pour faire la prévention spécifiquement de l'agression sexuelle. En général, ces programmes visent à améliorer les connaissances des jeunes, à modifier leurs attitudes et comportements relativement aux agressions sexuelles, et à modifier leurs habiletés à cerner une situation d'agression sexuelle, et leurs évaluations montrent des résultats divergents en matière d'efficacité [115]. Au Québec, le programme de sensibilisation et de prévention de l'agression sexuelle de l'organisme Viol-Secours est le seul à porter spécifiquement sur la prévention de l'agression sexuelle. Les résultats de son évaluation ont notamment montré une meilleure connaissance chez les participants des ressources en cas d'agression sexuelle, mais aussi une amélioration de leurs attitudes et de leurs habiletés à reconnaître une agression sexuelle et à répondre à un dévoilement [123].

Éducation à la sexualité

Les programmes d'éducation à la sexualité ciblent la communication, le respect et le consentement en matière de sexualité [89]. Bien que ces approches ciblent l'amélioration de l'état de santé sexuelle, ils peuvent également entraîner une diminution du risque d'agression sexuelle en raison des impacts sur les facteurs de risque partagés avec l'agression sexuelle. Les programmes d'éducation sexuelle complets réduiraient les comportements sexuels à haut risque, soit un facteur de risque clairement associé à la fois à la perpétration de l'agression sexuelle et à la victimisation sexuelle [36]. Par ailleurs, dans une perspective de prévention de l'agression sexuelle, l'éducation à la sexualité devrait être offerte précocement au plus grand nombre d'élèves, et ainsi faire partie intégrante de la formation des enfants tout au long de leur parcours académique, plutôt qu'être offerte dans le cadre de programmes spécifiques offerts de manière ponctuelle et non harmonisée [93].

Programmes éducatifs visant à réduire la vulnérabilité face à l'agression sexuelle

En matière de prévention primaire des agressions sexuelles envers les mineurs, des programmes éducatifs universels généralement offerts dans les écoles visent également les victimes potentielles d'agression sexuelle, et plus particulièrement les enfants d'âge scolaire primaire [123]. La majorité de ces programmes de prévention des agressions sexuelles s'inscrivent dans des stratégies de prévention individuelle et visent à augmenter les connaissances des jeunes, leur conscience et leurs habiletés de protection. Au Québec, le programme Espace – implanté dans plusieurs écoles primaires – a fait l'objet de différentes évaluations [112]. Jusqu'à maintenant, les programmes évalués auprès des enfants en milieu scolaire primaire ont montré une efficacité pour augmenter le niveau de connaissances des enfants et leur capacité de s'affirmer, ainsi que pour dévoiler une agression sexuelle [2,112]. Toutefois, la plupart des évaluations de ces programmes n'ont pas évalué leur efficacité à réduire les agressions sexuelles subies par les enfants qui ont suivi le programme, et celles qui l'ont fait n'ont pu démontrer que ces programmes réduisent l'incidence des agressions sexuelles.

Concernant les adultes, une chercheuse a développé un programme de résistance face à l'agression sexuelle, destiné aux jeunes femmes (*EAAA Sexual Assault Resistance Program for Women Students*). Cette intervention vise à réduire l'incidence de la victimisation sexuelle en diminuant la probabilité que de jeunes femmes en contact avec un homme exerçant de la coercition en arrivent à subir une agression sexuelle complète, notamment en favorisant la reconnaissance des situations à risque et par l'apprentissage de stratégies de résistance. Une évaluation rigoureuse du programme implanté auprès d'étudiantes de première année universitaire au Canada a montré une réduction significative du risque de différentes formes de violence sexuelle, incluant l'agression sexuelle et la tentative d'agression sexuelle, sur une période de suivi d'un an [124].

Ce type de programme basé sur la résistance et la protection personnelle des enfants et des femmes fait encore l'objet de critiques en raison de la responsabilité de la prévention des agressions sexuelles qui repose sur les victimes potentielles plutôt que sur les agresseurs et l'entourage [110]. La plupart des experts s'entendent sur le fait que les enfants et les femmes ne peuvent assumer seuls la responsabilité de prévenir les agressions sexuelles, puisque la responsabilité des agressions sexuelles doit avant tout reposer sur les individus qui les commettent et sur l'ensemble de la population [93].

Favoriser des milieux de vie sécuritaires

La création de milieux de vie sécuritaires est une étape nécessaire vers la réduction des agressions sexuelles dans la population, et s'inscrit comme une stratégie de prévention à un niveau communautaire [89,93,110]. Les communautés peuvent inclure toute population définie ayant des caractéristiques et des environnements partagés, comme les écoles et institutions d'enseignement, les quartiers, les villes, les organisations (milieux de travail, organisations sportives ou de loisirs) ou les établissements. De telles approches peuvent impliquer, par exemple, des changements aux politiques, aux structures institutionnelles ou à l'environnement physique afin de réduire les facteurs de risque et d'accroître les facteurs de protection dans l'ensemble de la communauté.

Les données actuelles suggèrent quatre approches prometteuses pour créer des milieux de vie sécuritaires face aux agressions sexuelles, soit : 1) l'amélioration de la sécurité dans les institutions d'enseignement [89,122]; 2) l'établissement et l'application de politiques dans les milieux de travail [89]; 3) la modification de facteurs de risque dans la communauté [89,125]; et 4) la prévention situationnelle dans les organisations de services pour les jeunes [88].

L'amélioration de la sécurité dans les institutions d'enseignement

Différentes mesures liées à la modification des caractéristiques physiques et sociales peuvent être prises dans les milieux scolaires pour améliorer la sécurité et la surveillance, et ainsi réduire les agressions sexuelles. L'examen et le réaménagement de lieux et d'espaces où les élèves ou étudiants se sentent moins en sécurité et l'identification de membres du personnel qui peuvent venir en aide aux étudiants dans des situations de vulnérabilité permettent notamment de favoriser le sentiment de sécurité et de créer une atmosphère d'intolérance au harcèlement et aux agressions à caractère sexuel [89]. Ce type d'initiatives peut s'implanter dans l'ensemble des établissements d'enseignement, des milieux secondaires aux collèges et universités, et elles peuvent être mises en œuvre en complémentarité avec d'autres efforts visant à éduquer, enseigner ou changer les normes sociales liées aux agressions sexuelles [89].

L'intervention *Shifting Boundaries* est un exemple d'une intervention en milieu scolaire qui implique : (a) la révision des protocoles pour identifier et répondre aux situations de violence dans les fréquentations amoureuses et de harcèlement sexuel; (b) le recours à des ordonnances temporaires de restriction des contacts entre les victimes et les auteurs d'agression sexuelle; (c) une campagne de sensibilisation par affichage; et (d) l'augmentation de la surveillance par le personnel de l'établissement des lieux physiques identifiés comme plus à risque (« points chauds ») par les étudiants. La recherche a révélé que la modification de l'environnement physique des écoles pour accroître la surveillance dans les zones perçues comme dangereuses peut avoir un impact bénéfique sur la prévalence du harcèlement sexuel et d'autres formes de violence sexuelle chez les étudiants [119].

L'établissement et l'application de politiques dans les milieux de travail

Les politiques en milieu de travail visent à contrer les facteurs de risque de l'agression sexuelle et à créer des climats organisationnels sains. Ces politiques sont conçues pour aider les employés et les gestionnaires à savoir ce qui est attendu d'eux relativement au respect de normes de comportement, et peuvent ainsi prévenir l'intimidation et le harcèlement sexuel au travail [89]. Le harcèlement sexuel est une forme de violence sexuelle et crée des conditions qui sont favorables à l'agression sexuelle. Selon Basile et ses collaborateurs (2016), les facteurs de risque d'ordre individuel peuvent ainsi être atténués par un changement de culture organisationnelle et une intolérance au harcèlement sexuel. Ce type d'intervention nécessite l'engagement de la haute direction pour une culture de tolérance zéro. Ces politiques doivent comprendre de l'information pour les postulants et les nouveaux employés sur le principe de la tolérance zéro, des évaluations organisationnelles régulières et une offre de formation spécifique [89].

La modification de facteurs de risque communautaires

Ce type de stratégies aborde des aspects du voisinage et d'autres contextes communautaires pour diminuer les probabilités qu'une agression sexuelle survienne, notamment en modifiant, en adoptant ou en appliquant des lois, des règlements ou des politiques organisationnelles, ou en modifiant l'environnement physique, ou encore en proposant des incitatifs économiques ou sociaux [89]. La recherche suggère notamment que la mise en place de politiques liées à l'accès à l'alcool peut réduire les risques d'agression sexuelle dans la communauté [126]. La consommation excessive d'alcool interagit avec d'autres facteurs de risque individuels et communautaires pour augmenter le risque d'agression sexuelle. L'emplacement et la concentration des points de vente d'alcool dans une communauté peuvent avoir un impact négatif sur les caractéristiques de la communauté, y compris la sécurité perçue et les liens sociaux entre les individus, ce qui peut aussi influencer les taux de violence dans une communauté, dont l'agression sexuelle [89]. Les preuves les plus solides concernant les politiques en matière d'alcool comme stratégie de prévention des agressions sexuelles réfèrent aux approches qui visent à réduire la consommation excessive d'alcool par une augmentation des prix ou la réduction de la densité des points de vente au sein d'une communauté [126].

La valorisation de la prévention dans les organisations offrant des services pour les jeunes

D'autres stratégies agissant au niveau communautaire peuvent contribuer à réduire les agressions sexuelles, en particulier chez les jeunes. Ces stratégies, qui s'appuient sur la prévention situationnelle, peuvent inclure la vérification des antécédents judiciaires des personnes travaillant auprès des mineurs, ou la limitation des occasions de contacts non supervisés entre un adulte et un mineur dans les services, institutions et organisations de loisirs (tableau 10) [88,127]. Ces stratégies demeurent à ce jour de l'ordre des recommandations, puisqu'elles n'ont pas fait l'objet d'évaluation d'efficacité rigoureuse.

Tableau 10 Exemples d'application de mesures de prévention situationnelle dans les organisations de services pour les jeunes

Mesures de prévention situationnelle dans les organisations de services pour les jeunes
<ul style="list-style-type: none"> ■ Filtrage, sélection et vérification des antécédents judiciaires des personnes travaillant auprès d'une clientèle mineure.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Réduction des occasions de contacts non supervisés entre un adulte et un mineur dans les services, institutions et organisations de loisirs.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Encadrement des contacts physiques entre les employés/bénévoles et les mineurs dans les services aux jeunes.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en place et application d'un protocole définissant les comportements inappropriés ou la « violation » des frontières entre les employés / bénévoles et les mineurs dans les services aux jeunes.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Supervision et encadrement des contextes à risque entre mineurs dans les milieux de vie (institutions, camps de vacances, activités sportives).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Facilitation des dévoilements et dénonciations anonymes de situations ambiguës ou abusives dans les organisations et services pour les jeunes.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Aménagement d'environnements physiques sécuritaires et surveillés.

En conclusion, il appert qu'une bonne partie des données dont on dispose pour estimer l'ampleur des agressions sexuelles au sein de la population québécoise concernent les situations rapportées aux autorités, ce qui correspond à une minorité de toutes les situations d'agression sexuelle, étant donné la faible dénonciation qui caractérise ce type de crimes et la proportion de cas jugés non fondés. L'absence d'étude populationnelle récente sur la prévalence des Québécoises et des Québécois ayant été victimes d'agression sexuelle au cours de leur vie, ainsi que le peu d'informations documentant les caractéristiques détaillées des agressions sexuelles et les contextes dans lesquels elles surviennent dans les enquêtes populationnelles existantes sur la prévalence des agressions sexuelles dans l'enfance restreint le portrait que l'on peut brosser du phénomène dans la population québécoise. Quelle que soit la source de ces données, on peut tout de même conclure que les agressions sexuelles au Québec touchent un nombre important d'enfants, le plus souvent des filles, ainsi que de jeunes femmes. L'agression sexuelle, peu importe l'âge auquel elle est subie, est susceptible d'entraîner des conséquences physiques, mais surtout psychologiques chez les victimes. Ces conséquences peuvent perdurer dans le temps et affecter la santé physique et mentale, ainsi que l'adaptation dans la vie relationnelle, conjugale et parentale. Lorsqu'elle est vécue dans l'enfance, dans une période de développement sur le plan neurologique et dans laquelle l'enfant est appelé à construire son sentiment de sécurité et sa vision du monde et des relations, l'agression sexuelle semble constituer un risque d'entrave majeure à l'adaptation des victimes à court et à long termes. L'ampleur du problème des agressions sexuelles et ses conséquences sur les victimes, leur entourage et toute la société justifient le déploiement d'efforts pour prévenir cette violence en agissant sur les facteurs de risque. Ceux-ci ont cours à différentes étapes de développement dans la trajectoire de vie des personnes et concernent plusieurs sphères d'influence.

On constate à l'heure actuelle que les principales stratégies de prévention de l'agression sexuelle ciblent surtout les personnes impliquées dans les agressions sexuelles (victimes, agresseurs et témoins potentiels), tandis que les interventions permettant de provoquer des changements sociétaux sont moins fréquentes. Or, les agressions sexuelles sont un problème de santé publique qui ne résulte pas uniquement de comportements individuels. Ils sont également le résultat des normes et des valeurs d'une société face aux comportements sexuels. Pourtant, force est de constater que malgré l'importance d'agir au niveau communautaire et sociétal, peu d'initiatives préventives visant les facteurs de ces niveaux existent au Québec, et aucune n'a fait l'objet d'évaluation de son efficacité. Un enjeu actuel concerne le fait que les connaissances quant à l'efficacité de plusieurs stratégies de prévention des agressions sexuelles demeurent encore insuffisantes. Toutefois, l'Organisation mondiale de la santé précise que la violence, incluant les agressions sexuelles, est un problème trop urgent pour que l'on retarde des interventions préventives en attendant d'avoir acquis des connaissances parfaites [2].

Références

- [1] Ministère de la Sécurité publique. *Statistiques 2013 sur les infractions sexuelles au Québec*. Québec : Ministère de la Sécurité publique, 2015.
- [2] 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.
- [3] Ritzer G., Ryan J. M. *The concise encyclopedia of sociology*. Wiley-Blackwell, 2011.
- [4] Buchwald E., Fletcher P. R., Roth M. *Are we really living in a rape culture?*. [En ligne]. 1993. Disponible sur : <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login>
- [5] Secrétariat à la condition féminine. *Les violences sexuelles, c'est non. Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles*. Québec : Secrétariat à la condition féminine, 2016.
- [6] Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. *Stratégie d'intervention pour prévenir et contrer les violences à caractère sexuel en enseignement supérieur*. Québec : Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, 2017.
- [7] Perreault S. *La victimisation criminelle au Canada, 2014*. Ottawa : Statistique Canada, 2015. (Juristat vol. 35 n° 1).
- [8] Tourigny M., Baril K. « Les agressions sexuelles durant l'enfance : Ampleur et facteurs de risque ». In : *L'agression Sex. Envers Enfants – Tome 1*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2011. p. 6-50.
- [9] Jewkes R., Sen P., Garcia-Moreno C. « La violence sexuelle ». In : Krug EG et collab. (éd.). *Rapp. Mond. Sur Violence Santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002. p. 163-201.
- [10] Gouvernement du Québec. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.
- [11] Gouvernement du Canada. *Code criminel*. 1985.
- [12] Éducaloi. « Le consentement sexuel ». In : *Éducaloi* [En ligne]. 2017. Disponible sur : <https://www.educaloi.qc.ca/capsules/le-consentement-sexuel>
- [13] Collin-Vézina D., Daigneault I., Hébert M. « Lessons learned from child sexual abuse research: Prevalence, outcomes, and preventive strategies ». *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health*. 2013. Vol. 7.
- [14] Association québécoise Plaidoyer-Victimes. *Les rapprochements sexuels entre un professionnel de la santé et un ou une cliente: Un interdit, une agression sexuelle, un crime*. Montréal : Association québécoise Plaidoyer-Victimes, 2009.
- [15] Basile K. C. et collab. *Sexual violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control, 2014.
- [16] Affi T. O. et collab. « Relationship between child abuse exposure and reported contact with child protection organizations: Results from the Canadian Community Health Survey ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. 1^{er} août 2015. Vol. 46, n°Supplement C, p. 198-206. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.001>
- [17] London K. et collab. « Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? ». *Psychol. Public Policy Law* [En ligne]. 2005. Vol. 11, n°1, p. 194–226. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1037/1076-8971.11.1.194>
- [18] Doolittle R. « Unfounded: Why police dismiss 1 in 5 sexual assault claims as baseless ». *Globe Mail*. 3 février 2017.
- [19] Hélie S. et collab. *Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014)*. Montréal : Centre intégré universitaire de santé et services sociaux Centre-Sud de l'Île-de-Montréal, 2017.
- [20] Hélie S. et collab. *Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2008. Rapport final*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2012.
- [21] Tourigny M., Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, Centres jeunesse de Montréal (éd.). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec: rapport final*. Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 2002. 216 p. ISBN : 978-2-922914-01-6.
- [22] Collin-Vézina D., Tourigny M. *Les taux d'agression sexuelle au Québec et au Canada : Que comprendre des données issues des études d'incidence et de prévalence?*. 2011.
- [23] Ministère de la Sécurité publique. *Infractions sexuelles au Québec : Faits saillants 2010*. Québec : Ministère de la Sécurité publique, 2012.
- [24] Séguin M., Tourigny M., Joly J. « Child maltreatment as predictors of suicidal ideas and attempts in a general female population ». *Int. J. Psychol. Couns.* [En ligne]. 30 septembre 2012. Vol. 4, n°8, p. 96-105. Disponible sur : <https://doi.org/10.5897/IJPC12.041>
- [25] Tourigny M. et collab. « Prevalence and co-occurrence of violence against children in the quebec population ». *Aust. N. Z. J. Public Health*. 2008. Vol. 32, n°4, p. 331–335.
- [26] Tourigny M. et collab. « Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise ». *Can. J. Public Health Rev. Can. Sante Publique*. Avril 2006. Vol. 97, n°2, p. 109-113.
- [27] Pereda N. et collab. « The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of finkelhor ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. 2009. Vol. 33, n°6, p. 331–342. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.chiabu.2008.07.007>

- [28] Stoltenborgh M. et collab. « A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world ». *Child Maltreat.* [En ligne]. 2011. Vol. 16, n°2, p. 79–101. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1177/1077559511403920>
- [29] 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).
- [30] Baril K. et collab. « Santé mentale d'hommes et de femmes ayant été victimes d'agression sexuelle dans l'enfance au Québec ». À paraître.
- [31] Bergeron M. et collab. *Violences sexuelles en milieu universitaire au Québec: Rapport de recherche de l'enquête ESSIMU*. Montréal : Université du Québec à Montréal, 2016.
- [32] Fitzgerald L. F. et collab. « Measuring Sexual Harassment in the Military: The Sexual Experiences Questionnaire (SEQ-DoD) ». *Mil. Psychol.* [En ligne]. 1999. Vol. 11, n°3, p. 243-263. Disponible sur : https://doi.org/10.1207/s15327876mp1103_3
- [33] Cotter A. *Les inconduites sexuelles dans les forces armées canadiennes*. Ottawa : Statistique Canada, 2016. (produit no 85-603-X au catalogue de Statistique Canada).
- [34] Deschamps M. *Examen externe sur l'inconduite sexuelle et le harcèlement sexuel dans les Forces armées canadiennes*. Ottawa : Gouvernement du Canada, 2015.
- [35] Tulchinsky T. H., Varavikova E. A. *The new public health*. [En ligne]. Amsterdam : Elsevier / Academic Press, 2009. Disponible sur : <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login>
- [36] Tharp A. T. et collab. « A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration ». *Trauma Violence Abuse* [En ligne]. 2013. Vol. 14, n°2, p. 133-167. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1524838012470031>
- [37] Whitaker D. J. et collab. « Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: a review and meta-analysis ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. 2008. Vol. 32, n°5, p. 529-548. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.08.005>
- [38] Abbey A. et collab. « Review of survey and experimental research that examines the relationship between alcohol consumption and men's sexual aggression perpetration ». *Trauma Violence Abuse* [En ligne]. 2014. Vol. 15, n°4, p. 265–282. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1177/1524838014521031>
- [39] Greathouse S. M. et collab. *A review of the literature on sexual assault perpetrator characteristics and behaviors*. Santa Monica, CA : RAND Corporation, 2015.
- [40] Thompson M. P. et collab. « Time-varying risk factors and sexual aggression perpetration among male college students ». *J. Adolesc. Health* [En ligne]. 2015. Vol. 57, n°6, p. 637–642. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.jadohealth.2015.08.015>
- [41] Testa M., Cleveland M. J. « Does alcohol contribute to college men's sexual assault perpetration? between- and within-person effects over five semesters ». *J. Stud. Alcohol Drugs*. 2017. Vol. 78, n°1, p. 5–13.
- [42] Rothman E. F., Bair-Merritt M., Tharp A. T. « Beyond the individual level: Novel approaches and considerations for multilevel adolescent dating violence prevention ». *Am. J. Prev. Med.* [En ligne]. 2015. Vol. 49, n°3, p. 445–447. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.amepre.2015.05.019>
- [43] Baril K., Tourigny M. « Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance : Modèle explicatif basé sur la théorie du trauma ». *Carnets Note Sur Maltraitements Infant.* 2015. Vol. 1, n°1, p. 28–63.
- [44] Horner-Johnson W., Drum C. E. « Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A review of recently published research ». *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.* [En ligne]. 2006. Vol. 12, n°1, p. 57–69. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1002/mrdd>
- [45] Butler A. C. « Child sexual assault: risk factors for girls ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. 2013. Vol. 37, n°9, p. 643-652. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.06.009>
- [46] Malesky L. A. « Predatory online behavior: modus operandi of convicted sex offenders in identifying potential victims and contacting minors over the internet ». *J. Child Sex. Abuse* [En ligne]. 2007. Vol. 16, n°2, p. 23-32. Disponible sur : https://doi.org/10.1300/J070v16n02_02
- [47] Coulton C. J. et collab. « How neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. 2007. Vol. 31, n°11, p. 1117–1142. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.chiabu.2007.03.023>
- [48] Bidarra Z. S., Lessard G., Dumont A. « Co-occurrence of intimate partner violence and child sexual abuse: Prevalence, risk factors and related issues ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. 2016. Vol. 55, p. 10–21. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.chiabu.2016.03.007>
- [49] Black D. A., Heyman R. E., Smith Slep A. M. « Risk factors for child sexual abuse ». *Aggress. Violent Behav.* 2001. Vol. 6, n°2-3, p. 203–229.
- [50] Fergusson D. M., Lyndskey M. T., Horwood L. J. « Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood : I. prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse ». *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychol.* 1996. Vol. 35, n°10, p. 1355–1364.
- [51] Fleming J., Mullen P., Bammer G. « A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood ». *Child Abuse Negl.* 1997. Vol. 21, n°1, p. 49–58.
- [52] Martin A. et collab. « Longitudinal analysis of maternal risk factors for childhood sexual abuse: Early attitudes and behaviours, socioeconomic status, and mental health ». *Aust. New-Zeland J. Psychiatry.* 2011. Vol. 45, n°8, p. 629–637.

- [53] Wolfe V. V. « Child sexual abuse ». In : Mash EJ, Barkley RA (éd.). *Treat. Child. Disord.* [En ligne]. New York, NY, US : Guilford Press, 2007. p. 685-748. Disponible sur : <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login>
- [54] Abbey A., McAuslan P., Zawacki T. « Attitudinal, experiential, and situational predictors of sexual assault perpetration ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. 2001. Vol. 16, n°8, p. 784-807. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1177/088626001016008004>
- [55] Abbey A. et collab. « Alcohol and dating risk factors for sexual assault among college women ». *Psychol. Women Q.* [En ligne]. 1996. Vol. 20, n°1, p. 147-169. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1111/j.1471-6402.1996.tb00669.x>
- [56] Franklin C. A. « Physically forced, alcohol-induced, and verbally coerced sexual victimization: Assessing risk factors among university women ». *J. Crim. Justice* [En ligne]. 2010. Vol. 38, n°2, p. 149-159. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.icrimjus.2010.02.004>
- [57] Messman-Moore T. L. et collab. « Sexuality, substance use, and susceptibility to victimization: Risk for rape and sexual coercion in a prospective study of college women ». *J. Interpers. Violence*. 2008. Vol. 23, n°12, p. 1730-1746.
- [58] Monks S. M. et collab. « Sexual victimization in female and male college students: Examining the roles of alcohol use, alcohol expectancies, and sexual sensation seeking ». *Subst. Use Misuse* [En ligne]. 2010. Vol. 45, n°13, p. 2258-2280. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.3109/10826081003694854>
- [59] Testa M., Dermen K. H. « The differential correlates of sexual coercion and rape ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. 1999. Vol. 14, n°5, p. 548-561. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1177/088626099014005006>
- [60] Holm Bramsen R. et collab. « Adolescent sexual victimization: A prospective study on risk factors for first time sexual assault ». *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 2012. Vol. 21, n°9, p. 521-526.
- [61] Larimer M. E., Lydum A. R., Anderson B. K. « Male and female recipients of unwanted sexual contact in a college student sample: Prevalence rates, alcohol use, and depression symptoms ». *Sex Roles*. 1999. Vol. 40, n°3-4, p. 295-308.
- [62] Söchting I., Fairbrother N., Koch W. J. « Sexual assault of women: Prevention efforts and risk factors ». *Violence Women* [En ligne]. 2004. Vol. 10, n°1, p. 73-93. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1177/1077801203255680>
- [63] Kendall-Tackett K. A., Williams L. M., Finkelhor D. « Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies ». *Psychol. Bull.* 1993. Vol. 113, n°1, p. 164-180.
- [64] Hillberg T., Hamilton-Giachritsis C., Dixon L. « Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach ». *Trauma Violence Abuse* [En ligne]. 2011. Vol. 12, n°1, p. 38-49. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1177/1524838010386812>
- [65] Putnam F. W. « Ten-year research update review: Child sexual abuse ». *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* [En ligne]. 2003. Vol. 42, n°3, p. 269-278. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1097/00004583-200303000-00006>
- [66] De Bellis M. D., Spratt E. G., Hooper S. R. « Neurodevelopmental biology associated with childhood sexual abuse ». *J. Child Sex. Abuse*. 2011. Vol. 20, n°5, p. 548-587.
- [67] Allard-Dansereau C., Frappier J. « L'intervention médicale et médicolégale auprès des enfants et des adolescents victimes d'agressions sexuelles ». In : Hébert M, Cyr M, Tourigny M (éd.). *Agression Sex. Envers Enfants Tome 1*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2011. p. 97-148.
- [68] Paolucci E., Genuis M. L., Violato C. « A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse ». *J. Psychol. Interdiscip. Appl.* [En ligne]. 2001. Vol. 135, n°1, p. 17-36. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1080/00223980109603677>
- [69] Ackerman P. T., Newton J. E. O., McPherson W. B. « Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both) ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. 1998. Vol. 22, n°8, p. 759-774. Disponible sur : [https://doi.org/doi:10.1016/S0145-2134\(98\)00062-3](https://doi.org/doi:10.1016/S0145-2134(98)00062-3)
- [70] Hébert M. « Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle ». In : Hébert M, Cyr M, Tourigny M (éd.). *Agression Sex. Envers Enfants Tome 1*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2011. p. 149-204.
- [71] Elliott A. N., Carnes C. N. « Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature ». *Child Maltreat.* 2001. Vol. 6, n°4, p. 314-331.
- [72] Cutajar M. C. et collab. « Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. 2010. Vol. 34, n°11, p. 813-822. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.chiabu.2010.04.004>
- [73] Friesen M. D. et collab. « Childhood exposure to sexual abuse and partnership outcomes at age 30 ». *Psychol. Med.* [En ligne]. 2010. Vol. 40, n°4, p. 679-688. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1017/S003291709990389>
- [74] Maniglio R. « The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews ». *Clin. Psychol. Rev.* [En ligne]. 2009. Vol. 29, p. 647-657. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003>
- [75] Pérez-Fuentes G. et collab. « Prevalence and correlates of child sexual abuse: A national study ». *Compr. Psychiatry* [En ligne]. 2013. Vol. 54, n°1, p. 16-27. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.comppsy.2012.05.010>
- [76] Affifi 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>

- [77] Afifi T. O. et collab. « Child abuse and physical health in adulthood ». *Health Rep.* 2016. Vol. 27, n°3, p. 10-18.
- [78] Chen L. P. et collab. « Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis ». *Mayo Clin. Proc.* [En ligne]. 2010. Vol. 85, n°7, p. 618-629. Disponible sur : <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- [79] Dube S. R. et collab. « Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim ». *Am. J. Prev. Med.* 2005. Vol. 28, n°5, p. 430-438.
- [80] Fergusson D. M., Boden J. M., Horwood L. J. « Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. 2008. Vol. 32, n°6, p. 607-619. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.chiabu.2006.12.018>
- [81] Neumann D. A. et collab. « The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review ». *Child Maltreat.* 1996. Vol. 1, n°1, p. 6-16.
- [82] Baril K., Tourigny M. « Facteurs maternels associés au cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance parmi des femmes de la population générale ». *Can. J. Behav. Sci. Rev. Can. Sci. Comport.* [En ligne]. 1 octobre 2016. Vol. 48, p. 266-277. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/cbs0000052>
- [83] Collishaw S. et collab. « Maternal childhood abuse and offspring adjustment over time ». *Dev. Psychopathol.* 2007. Vol. 19, n°2, p. 367-383.
- [84] Bavisar S., Christensen E. « Childhood sexual abuse of women in Greenland and its developmental correlates among their children ». *Int. J. Circumpolar Health.* 2011. Vol. 70, n°1, p. 29-36.
- [85] Roberts R. et collab. « The effects of child sexual abuse in later family life; mental health, parenting and adjustment of offspring ». *Child Abuse Negl.* 2004. Vol. 28, n°5, p. 525-545.
- [86] Elliott D. M., Mok D. S., Briere J. « Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population ». *J. Trauma. Stress.* 2004. Vol. 17, n°3, p. 203-211.
- [87] Peterson Z. D. et collab. « Prevalence and consequences of adult sexual assault of men: Review of empirical findings and state of the literature ». *Clin. Psychol. Rev.* [En ligne]. 2011. Vol. 31, n°1, p. 1-24. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.cpr.2010.08.006>
- [88] Wurtele S. K., Kenny M. C. « Preventing childhood sexual abuse: An ecological approach ». In : Goodyear-Brown P (éd.). *Handb. Child Sex. Abuse Identif. Assess. Treat.* Hoboken, NJ : Wiley Press, 2011. p. 531-565.
- [89] Basile K. C. et collab. *STOP SV: A technical package to prevent sexual violence.* Atlanta : National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2016.
- [90] Nation M. et collab. « What works in prevention. principles of effective prevention programs ». *Am. Psychol.* 2003. Vol. 58, n°6-7, p. 449-456.
- [91] Basile K. C. « Implications of public health for policy on sexual violence ». *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2003. Vol. 989, p. 446-463.
- [92] Lafortune D., Proulx J., Tourigny M. « Les adultes et les adolescents auteurs d'agression sexuelle ». In : Le Blanc M, Cusson M (éd.). *Traité Criminol. Empirique.* Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2010. p. 305-336.
- [93] Wurtele S. K. « Child sexual abuse prevention: Preventing sexual abuse of children in the twenty-first century: Preparing for challenges and opportunities ». *J. Child Sex. Abuse* [En ligne]. 2009. Vol. 18, n°1, p. 1-18. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1080/10538710802584650>
- [94] Kloppen K. et collab. « Prevalence of intrafamilial child maltreatment in the nordic countries: A review ». *Child Abuse Rev.* [En ligne]. 2015. Vol. 24, n°1, p. 51-66. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1002/car.2324>
- [95] Collin-Vézina D. et collab. « A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. 2015. Vol. 43, p. 123-134. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.chiabu.2015.03.010>
- [96] Cyr M. et collab. *Mémoire déposé au Secrétaire de la condition féminine en vue de l'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle.* Montréal : Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles, 2015.
- [97] Dowler K., Fleming T., Muzzatti S. L. « Constructing Crime: Media, Crime, and Popular Culture ». *Can. J. Criminol. Crim. Justice* [En ligne]. 2006. Vol. 48, n°6, p. 837-850. Disponible sur : <https://doi.org/10.3138/cjccj.48.6.837>
- [98] Bryant J., Zillmann D. *Media Effects: Advances in Theory and Research.* Taylor and Francis, 1994. ISBN : 978-0-8058-3863-3.
- [99] Everland W. P. « The impact of news and entertainment media on perceptions of social reality ». In : Dillard JP, Pfau M (éd.). *Persuas. Handb. Dev. Theory Pract.* [En ligne]. United Kingdom : Sage Publications, 2002. p. 691-727. Disponible sur : <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login>
- [100] Thakker J., Durrant R. « News coverage of sexual offending in New Zealand, 2003 ». *N. Z. J. Psychol.* 2006. Vol. 35, n°1, p. 28-35.
- [101] Baril K. et collab. « Trousse média sur les agressions sexuelles ». In : *Trousse Média Sur Agressions Sex.* [En ligne]. 2012. Disponible sur : <http://securitetraumatismes.inspq.qc.ca/agressionsexuelle>
- [102] Moynihan M. M. et collab. « Engaging intercollegiate athletes in preventing and intervening in sexual and intimate partner violence ». *J. Am. Coll. Health* [En ligne]. 2010. Vol. 59, n°3, p. 197-204. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1080/07448481.2010.502195>
- [103] Potter S. J., Moynihan M. M. « Bringing in the bystander in-person prevention program to a U.S. military installation: Results from a pilot study ». *Mil. Med.* 2011. Vol. 176, n°8, p. 870-875.
- [104] Banyard V. L., Moynihan M. M., Plante E. G. « Sexual violence prevention through bystander education: An experimental evaluation ». *J. Community Psychol.* 2007. Vol. 35, n°4, p. 463-481.

- [105] Coker A. L. et collab. « Evaluation of the green dot bystander intervention to reduce interpersonal violence among college students across three campuses ». *Violence Women* [En ligne]. 2015. Vol. 21, n°12, p. 1507–1527. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1177/1077801214545284>
- [106] Coker A. L. et collab. « Multi-college bystander intervention evaluation for violence prevention ». *Am. J. Prev. Med.* [En ligne]. 2016. Vol. 50, n°3, p. 295–302. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.amepre.2015.08.034>
- [107] Banyard V. L., Moynihan M. M., Crossman M. T. « Reducing sexual violence on campus: The role of student leaders as empowered bystanders ». *J. Coll. Stud. Dev.* 2009. Vol. 50, n°4, p. 446–457.
- [108] Coker A. L. et collab. « Evaluation of Green Dot: an active bystander intervention to reduce sexual violence on college campuses ». *Violence Women* [En ligne]. 2011. Vol. 17, n°6, p. 777–796. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077801211410264>
- [109] Foubert J. D. et collab. « Effects of a rape awareness program on college women: Increasing bystander efficacy and willingness to intervene ». *J. Community Psychol.* [En ligne]. 2010. Vol. 38, n°7, p. 813–827. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1002/jcop.20397>
- [110] Basile K. C. « A comprehensive approach to sexual violence prevention ». *N. Engl. J. Med.* [En ligne]. 2015. Vol. 372, n°24, p. 2350–2352. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1056/NEJMe1503952>
- [111] Comité permanent de la condition féminine. *Agir pour mettre fin à la violence faite aux jeunes femmes et aux filles au Canada*. Ottawa : Chambre des communes du Canada, 2017.
- [112] Bergeron M., Hébert M. « La prévention et la formation en matière d'agression sexuelle contre les enfants ». In : Hébert M., Cyr M., Tourigny M (éd.). *L'agression Sex. Envers Enfants Tome 1*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2011. p. 444–493.
- [113] Bergeron M. *Rapport sur la démarche d'identification des besoins de formation en matière d'agressions sexuelles commises envers les enfants auprès d'intervenant(e)s provenant des milieux judiciaires, policiers, sociaux et médicaux*. Canada : Centre d'expertise Marie-Vincent, 2008.
- [114] Letourneau E. J. et collab. « The effects of sex offender registration and notification on judicial decisions ». *Crim. Justice Rev.* [En ligne]. 2010. Vol. 35, n°3, p. 295–317. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1177/0734016809360330>
- [115] Anderson L. A., Whiston S. C. « Sexual assault education programs: A meta-analytic examination of their effectiveness ». *Psychol. Women Q.* [En ligne]. 2005. Vol. 29, n°4, p. 374–388. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1111/j.1471-6402.2005.00237.x>
- [116] Espelage D. L. et collab. « Clinical trial of second step® middle-school program: Impact on aggression & victimization ». *J. Appl. Dev. Psychol.* [En ligne]. 2015. Vol. 37, p. 52–63. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.appdev.2014.11.007>
- [117] Chamberland A. *Évaluation des effets du volet information et sensibilisation du programme jeunes en action contre la violence sexuelle (J'AVISE)*. Québec : Université Laval, 2003.
- [118] Lavoie F. et collab. *Évaluation de ViRAJ. Rapport technique no. 2. Impact du programme révisé de prévention de la violence dans les couples adolescents chez des élèves de 15 et 16 ans : leurs connaissances, l'effet du passé de violence et analyse fine des changements d'attitudes*. Québec : Entraide jeunesse, 2011.
- [119] DeGue S. et collab. « A systematic review of primary prevention strategies for sexual violence perpetration ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. 2014. Vol. 19, n°4, p. 346–362. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.05.004>
- [120] Foshee V. A. et collab. « Assessing the long-term effects of the safe dates program and a booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration ». *Am. J. Public Health* [En ligne]. 2004. Vol. 94, n°4, p. 619–624. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.2105/AJPH.94.4.619>
- [121] Taylor B. G., Mumford E. A., Stein N. D. « Effectiveness of “Shifting boundaries” teen dating violence prevention program for subgroups of middle school students ». *J. Adolesc. Health* [En ligne]. 2015. Vol. 56, p. 20–6. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.jadohealth.2014.07.004>
- [122] Taylor B. G. et collab. « Shifting boundaries: An experimental evaluation of a dating violence prevention program in middle schools ». *Prev. Sci. Off. J. Soc. Prev. Res.* [En ligne]. 2013. Vol. 14, n°1, p. 64–76. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1007/s11121-012-0293-2>
- [123] Daigneault I. et collab. « Effectiveness of a sexual assault awareness and prevention workshop for youth: A 3-month follow-up pragmatic cluster randomization study ». *Can. J. Hum. Sex.* [En ligne]. 2015. Vol. 24, n°1, p. 19–30. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.3138/cjhs.2626>
- [124] Senn C. Y. et collab. « Efficacy of a sexual assault resistance program for university women ». *Obstet. Gynecol. Surv.* 2015. Vol. 70, n°11, p. 698–699.
- [125] DeGue S. et collab. « Looking ahead toward community-level strategies to prevent sexual violence ». *J. Womens Health* [En ligne]. 2012. Vol. 21, n°1, p. 1–3. Disponible sur : <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.3263>
- [126] Lippy C., DeGue S. « Exploring alcohol policy approaches to prevent sexual violence perpetration ». *Trauma Violence Abuse* [En ligne]. 2016. Vol. 17, n°1, p. 26–42. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1177/1524838014557291>
- [127] Kenny M. C., Wurtele S. K. « Preventing childhood sexual abuse: An ecological approach ». *J. Child Sex. Abuse* [En ligne]. 2012. Vol. 21, n°4, p. 361–367. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1080/10538712.2012.675567>

Chapitre 4

La violence dans les relations amoureuses des jeunes

Martine Hébert, Andréanne Lapierre,
Francine Lavoie, Mylène Fernet et Martin Blais

Messages clés

- Les enquêtes révèlent que plus du quart des jeunes Québécois ont subi ou infligé de la violence dans le cadre d'une relation amoureuse. La proportion variant selon le sexe et la forme de violence considérée.
- La violence dans les relations amoureuses des jeunes peut avoir lieu :
 - entre des partenaires actuels ou après une rupture;
 - dans le cadre de relations occasionnelles;
 - au sein de couples;
 - entre partenaires de sexes différents, de même sexe ou transgenres.
- La violence vécue au sein des relations amoureuses des jeunes s'exprime sous forme physique, psychologique, sexuelle, ou peut se manifester par de la cybervictimisation.
- La violence dans les relations amoureuses est fréquente chez les jeunes Québécois, tant chez les garçons que chez les filles. Cependant, ces dernières rapportent davantage d'épisodes de violence, plusieurs formes de violence en cooccurrence, et sont davantage victimes de violence sexuelle.
- La violence dans les relations amoureuses est associée à une panoplie de répercussions sur la santé physique et mentale des jeunes, incluant des sentiments de tristesse, une perception de soi plus négative, de la détresse psychologique, des symptômes de dépression, des idéations suicidaires, de même que des tentatives de suicide, des conséquences somatiques, des troubles alimentaires, et des problèmes de consommation d'alcool et de drogues.
- À ce jour, seulement quelques facteurs de protection de la violence dans les relations amoureuses, tant subie que perpétrée, ont été identifiés par la littérature. Pourtant, l'identification de ces facteurs serait susceptible d'orienter les programmes de prévention de la violence dans les relations amoureuses de manière à ce qu'ils développent prioritairement les forces que possèdent les adolescents et celles qui sont présentes dans leur environnement, plutôt que de s'attaquer principalement aux aspects qui augmentent le risque que les jeunes vivent ou infligent de la violence dans les relations amoureuses.
- Les évidences scientifiques semblent démontrer que la prévention de la violence dans les relations amoureuses passe davantage par des efforts concertés et complémentaires touchant plusieurs niveaux, et implantés dans des conditions optimales (intensité, durée), que par des programmes isolés et partiels.
- Au Québec et ailleurs, plusieurs initiatives sont prometteuses pour réduire la violence au sein des relations amoureuses des jeunes, comme les initiatives qui utilisent les nouvelles technologies et celles qui ciblent les témoins de la violence dans les relations amoureuses. Outre les programmes destinés à la population générale, des programmes plus ciblés destinés aux populations particulièrement vulnérables (ex. : les jeunes ayant vécu des traumatismes interpersonnels) devront être mis de l'avant pour véritablement répondre à ce problème de santé publique.

Introduction

La violence dans les relations amoureuses (VRA) des jeunes est un phénomène d'intérêt public au Québec depuis le début des années 1990. Le Programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes (VIRAJ) [1] serait à notre connaissance le premier programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses destiné aux jeunes Québécois. Sa diffusion, soutenue par les ministères de l'Éducation et de la Santé et des Services sociaux, constitue la première action gouvernementale en matière de prévention de la VRA. Peu après son implantation, le gouvernement du Québec s'est doté d'une Politique d'intervention en matière de violence conjugale qui incluait certains objectifs en lien avec la promotion de rapports hommes-femmes égaux auprès des jeunes [2]. En 2002, un premier portrait statistique de la situation particulière de la VRA chez les adolescents fut dressé à partir des données tirées de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* [3]. Toutefois, ce n'est que 10 ans plus tard que le gouvernement du Québec inclut des objectifs liés à la prévention de la VRA chez les adolescents dans son *Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale* [4]. Les plus récentes statistiques de l'Institut de la statistique du Québec concernant cette problématique ont été publiées en 2014 lors de la présentation de l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011* [5], et ont été amassées auprès d'un peu plus de 64 000 jeunes. Au Canada, en 2009, la VRA a été considérée comme une forme de violence conjugale par le ministère de la Justice [6] et a fait l'objet d'enquêtes depuis. Aux États-Unis, même si les premières publications scientifiques américaines sur le sujet datent du début des années 1980, cette problématique a connu un intérêt public grandissant depuis la création de la Semaine nationale de sensibilisation et de prévention de la VRA en 2006 [7].

Définition

Les premières études conduites au sujet de la VRA chez les adolescents ont d'abord défini cette dernière comme « l'utilisation de la force physique ou de contraintes dans l'intention de causer de la douleur ou des blessures à quelqu'un »¹ [8]. Actuellement, la communauté scientifique considère la VRA comme une problématique plus complexe, qui comprend plusieurs formes de violence, notamment certaines formes moins facilement identifiables que la violence physique, comme la violence psychologique (voir tableau 1). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la VRA comme « tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles, aux personnes qui sont [impliquées dans] cette relation, y compris des actes d'agression physique, de la coercition sexuelle, de la violence psychologique et des comportements autoritaires ou tyranniques » [9]. L'Institut de la statistique du Québec adopte pour sa part la définition proposée en 1994 par Lavoie et ses collègues [5], soit « tout comportement ayant pour effet de nuire au développement de l'autre [c.-à-d. le partenaire] en compromettant son intégrité physique, psychologique et sexuelle » [1].

Toutes ces définitions indiquent que la VRA s'exprime sous plusieurs formes (soit physique, psychologique ou sexuelle). La VRA renvoie donc à toute forme de violence vécue par des jeunes au sein de leurs relations amoureuses (l'expression « violence conjugale » étant davantage réservée aux personnes adultes). Si la majorité des études sur la VRA portent sur les jeunes de 14 à 17 ans, d'autres travaux incluent aussi des adultes émergents (18-25 ans). Dans le cadre de ce chapitre, nous présenterons prioritairement les travaux portant sur le groupe des 14-17 ans, tout en présentant les travaux portant sur des jeunes qui ont au plus 25 ans lorsque ces travaux sont pertinents.

¹ Toutes les citations présentées dans ce chapitre (à l'exception de Lavoie *et collab.*, 2009 et de Gouvernement du Québec, 2001, originellement en français) ont été librement traduites et représentent avec fidélité les propos originaux.

Tableau 1 Formes de violence dans les relations amoureuses des jeunes

Formes	Définition	Exemples de manifestations
Physique	<ul style="list-style-type: none"> « Une utilisation intentionnelle de la force physique qui peut potentiellement engendrer la mort, une invalidité, des blessures ou de la douleur » [10] qui a lieu dans le contexte d'une relation amoureuse. 	<ul style="list-style-type: none"> Pousser, gifler, frapper, serrer, secouer, mordre ou brûler son partenaire, le menacer avec une arme ou encore utiliser une arme contre lui.
Psychologique	<ul style="list-style-type: none"> Plus difficilement décelable, elle désigne tous les comportements « de menace, de dénigrement, de tromperies, de contrôle ayant pour effet de déstabiliser l'autre et de compromettre son bien-être » [1]. 	<ul style="list-style-type: none"> Présence d'un comportement (ex. : bouder, mentir, faire du chantage, empêcher de voir une personne, menacer, dénigrer).
	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des auteurs considèrent la violence verbale (qui inclut les menaces, les insultes et l'humiliation) comme faisant partie de la violence psychologique. 	<ul style="list-style-type: none"> Absence d'un comportement (ex. : ignorer son partenaire).
Sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> Elle désigne toute forme de pression exercée (absence/présence de gestes) envers son partenaire pour qu'il adopte les comportements sexuels non désirés [1], ou pour ne pas utiliser de méthodes contraceptives ou prophylactiques (c.-à-d. qui permettent de prévenir les infections transmissibles sexuellement et par le sang). 	<ul style="list-style-type: none"> Harcèlement sexuel : comportement à caractère sexuel non désiré, qui se manifeste de façon répétée et qui a des conséquences néfastes pour la victime.
	<ul style="list-style-type: none"> Elle renvoie à un continuum de gestes, pouvant aller jusqu'à l'agression sexuelle (pour une définition, voir le chapitre 3 de ce rapport). 	<ul style="list-style-type: none"> Attouchements sexuels Tentative d'agression sexuelle Actes de pénétration (contacts oraux-génitaux, pénétration orale, vaginale ou anale).
Cybervictimisation	<ul style="list-style-type: none"> Il s'agit « [du] contrôle, [du] harcèlement, [de] la traque ou [de] l'abus d'un partenaire [effectué] par l'entremise de la technologie ou des médias sociaux » [11]. 	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser le compte de son partenaire sur un réseau social sans avoir obtenu sa permission.
	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des chercheurs dans le domaine [11,12] ne distinguent pas explicitement la cyberviolence des autres formes de violence traditionnellement étudiées, mais la considèrent plutôt comme un contexte supplémentaire dans lequel la VRA (psychologique ou sexuelle) est exercée. 	<ul style="list-style-type: none"> Violence psychologique perpétrée en ligne : envoyer des messages multiples à son partenaire de manière à ce qu'il ne se sente plus en sécurité, menacer de le blesser physiquement, publier des messages, des photos ou des vidéos dénigrants à propos de son partenaire sur un réseau social [11]. Violence sexuelle commise en ligne ou électroniquement : transmettre des messages à connotation sexuelle, des photos nues ou à caractère sexuel à son partenaire contre son gré, faire des pressions ou le menacer pour qu'il envoie une photo nue ou à caractère sexuel [11].

Contexte

La VRA peut se produire lorsque l'adolescent se trouve seul avec son partenaire, lorsqu'il est avec d'autres personnes ou dans un lieu public. Elle peut avoir lieu entre des partenaires actuels ou entre des ex-partenaires après une rupture [13], et s'observe tant entre partenaires de sexes différents, de même sexe ou transgenres [14], que dans des relations occasionnelles [15] ou au sein de couples de longue date.

L'adolescence est une période cruciale du développement durant laquelle plusieurs changements sont vécus. Les adolescents acquièrent, entre autres, leur indépendance ainsi que de nouvelles compétences socioaffectives, et ils développent leur identité et leur autonomie [16]. Les premières expériences amoureuses et sexuelles sont généralement vécues à cette période, et elles impliquent de nombreux défis relationnels, en plus de permettre aux adolescents de plus amplement développer leurs habiletés de communication et leur capacité à résoudre des conflits [17]. Contrairement aux conflits vécus dans la famille, ceux vécus dans les relations amoureuses se produisent dans une relation choisie. Ils nécessitent ainsi la recherche d'un compromis qui saura satisfaire les deux partenaires afin que la relation soit maintenue [18]. Dans le cas où un conflit n'est pas résolu efficacement, les adolescents s'exposent au risque que la relation prenne fin. Malgré ce risque, les discussions qu'ils ont sur ces conflits sont souvent brèves et ne viseraient pas à identifier la source des désaccords ou à les dénouer [19], les conflits étant le plus souvent explorés superficiellement [20]. Les adolescents préféreraient souvent se retirer ou éviter les conflits pour préserver l'harmonie du couple et éviter de compromettre leur relation [19]. Ces défis relationnels peuvent engendrer un certain niveau de stress chez certains adolescents qui, combiné à des attentes irréalistes entretenues au sujet des relations amoureuses, peut les mener à vouloir préserver à tout prix leur relation [21], et même à adopter des comportements violents pour ce faire. Bien que l'adolescence se distingue par une redéfinition du lien avec les parents, ces derniers demeurent tout de même fort présents. Ils peuvent jouer un rôle important tant dans le maintien d'une relation violente que dans sa cessation. Certains parents encouragent l'adolescent à rester dans une relation dont ils ne perçoivent pas le caractère violent, alors que d'autres exigent une rupture, ce qui peut inciter les jeunes à vivre leur relation dans le secret [22]. Afin d'explorer le phénomène de la VRA, son ampleur, les facteurs de risque et de protection qui y sont associés, ses conséquences, ainsi que la manière de la prévenir seront abordés.

Ampleur du problème

La VRA est un phénomène dont l'ampleur au Québec est de mieux en mieux circonscrite. Des enquêtes récentes qui ont utilisé des données autorapportées ont dressé un portrait rigoureux de cette problématique chez la population adolescente [23,24]. L'utilisation d'échantillons représentatifs des adolescents du Québec, composés de plusieurs milliers d'individus, a permis d'obtenir des informations valides au sujet de la victimisation dans leurs relations amoureuses, ainsi que de leur recours à des comportements violents à l'égard de leur partenaire. L'utilisation de données autorapportées peut cependant induire un certain biais puisque les réponses obtenues sont toujours assujetties au phénomène de désirabilité sociale qui incite les répondants à répondre en fonction de ce qui est acceptable dans la société plutôt qu'en fonction de ce qui s'est réellement passé [25]. Il est ainsi conseillé d'avoir recours à de multiples points de vue (ex. : données rapportées par des témoins) pour avoir un meilleur portrait de la situation de la VRA chez les adolescents, et pour mieux planifier les services et les interventions préventives qui leur sont destinés.

Portrait de la situation au Québec et au Canada

Au Québec, deux récentes enquêtes ont notamment permis d’obtenir la prévalence de la VRA. D’abord, l’*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011* (EQSJS) [26] a été réalisée auprès d’un échantillon représentatif de 64 196 élèves du secondaire à l’aide de questionnaires autorapportés. Ces données ont révélé qu’au cours des 12 derniers mois, le tiers des adolescents en couple ($n = 16\ 049$) ont été victimes de VRA durant cette période, alors que le quart (25 %) des adolescents en couple ont infligé une forme de violence à leur partenaire durant la même période. Cette enquête révèle que 24,8 % des garçons et 35,9 % des filles ont été victimes d’au moins un épisode de violence, alors que 16,7 % des garçons et 32,2 % des filles en ont perpétré au moins un. Plus du tiers des filles et des garçons victimes ont vécu deux ou trois formes de VRA.

L’Enquête sur les Parcours amoureux des jeunes (Enquête PAJ) [23], réalisée auprès d’un échantillon ($n = 8\ 024$) représentatif des jeunes (3^e, 4^e et 5^e années du secondaire) a révélé des données aussi préoccupantes. Elle a rapporté que 63 % des filles ont subi au moins une forme de VRA au cours des 12 derniers mois, et 49 % des garçons ont subi au moins une forme de VRA dans la dernière année, la prévalence la plus élevée étant pour la violence psychologique. Les questions utilisées dans les deux récentes enquêtes québécoises pour mesurer la prévalence de la violence psychologique pourraient expliquer les écarts dans les résultats obtenus². Afin de permettre une comparaison entre les données de l’Enquête PAJ et celles de l’EQSJS, le tableau 2 présente les prévalences estimées des deux enquêtes pour chacune des formes de VRA, en plus de la prévalence PAJ ajustée. L’Enquête PAJ indique que toutes les formes de violence considérées (psychologique, physique et menaces) sont davantage rapportées par les filles que les garçons, la disparité la plus importante se situant au plan de la VRA sexuelle, où près d’une fille sur cinq (20,3 %) rapporte avoir subi au moins un épisode de violence sexuelle, comparativement à 5,7 % des garçons. Une analyse visant à identifier différents sous-groupes selon la forme de victimisation subie indique que les filles sont davantage susceptibles de vivre plusieurs formes de VRA en cooccurrence et de rapporter des blessures physiques en lien avec la violence vécue que les garçons [27].

Tableau 2 Données québécoises de la prévalence de la VRA

		Violence psychologique		Violence physique		Violence sexuelle		Menaces		Violence totale	
		Filles %	Garçons %	Filles %	Garçons %	Filles %	Garçons %	Filles %	Garçons %	Filles %	Garçons %
Subie	EQSJS	26,6	16,9	11,0	13,3	14,5	5,1	nd	nd	35,9	24,8
	PAJ	56,4	45,8	15,7	12,7	20,2	5,7	6,8	4,0	62,6	49,5
	PAJ ajustée ^a	27,8	20,8	nd	nd	nd	nd	nd	nd	43,6	29,6
Infligée	EQSJS	21,3	13,0	19,2	5,6	2,0	3,4	nd	nd	32,2	16,7
	PAJ	54,2	43,7	18,2	6,5	4,2	7,1	5,7	2,0	57,7	44,0
	PAJ ajustée ^a	22,5	18,3	nd	nd	nd	nd	nd	nd	36,4	23,8

Sources : *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011* (EQSJS) [28] et *Enquête sur les Parcours amoureux des jeunes* (PAJ) [27].

^a Prévalence calculée sans l’item « Dire des choses pour mettre l’autre en colère ».

² L’EQSJS (2013) a utilisé deux items : la critique de l’apparence physique, les insultes et le dénigrement; le contrôle des sorties, des conversations électroniques et des fréquentations. L’Enquête PAJ, quant à elle, ajoutait parmi les comportements de violence psychologique le fait de « Dire des choses pour mettre l’autre en colère ».

Prévalence à l'échelle internationale

Une méta-analyse ayant recensé et réanalysé les résultats de 101 études effectuées auprès d'adolescents dans différents pays (dont le Canada et les États-Unis) a récemment été publiée [29]. Celle-ci a établi que la prévalence de la VRA varie considérablement (de 1 % à 61 % pour la violence physique, et de moins de 1 % à 54 % pour la violence sexuelle), mais qu'en moyenne, la violence physique et sexuelle est subie respectivement par 20 % et 9 % des adolescents. Ces estimations varient selon le type de mesure utilisée, les mesures basées sur plusieurs énoncés ou s'appuyant sur une définition plus large donnant lieu à des prévalences plus élevées. Les variations dans les estimations observées sont également liées au genre. En effet, cette méta-analyse montre des prévalences similaires entre les filles et les garçons pour la violence physique subie (21 %), mais des disparités quant à la violence physique perpétrée (garçons = 13 %; filles = 25 %). En ce qui concerne la violence sexuelle, les filles rapportent plus de victimisation (14 %) que les garçons (8 %), et moins de perpétration (3 %) que les garçons (10 %).

La violence psychologique n'a toutefois pas été considérée par Wincentak et ses collaborateurs, même si elle est répandue et a été mesurée par de nombreuses études [29]. Elle est en général plus commune, plus fréquente et souvent précurseur des autres formes de violence, ou perpétrée de façon cooccurrence. Une recension de la littérature nord-américaine et européenne sur la VRA psychologique montre des estimations variant de 24 % à 88 %, alors que la violence physique serait présente chez 10 % à 20 % des adolescents, et la violence sexuelle chez 1 % à 76 % [30]. Les variations entre les études seraient dues au genre des participants des études, ainsi qu'à différents aspects méthodologiques, notamment aux instruments de mesure qui n'évaluent pas les mêmes gestes [30]. Une autre étude récente réalisée dans 46 écoles américaines a rapporté que 77 % des 1 653 élèves sondés ont perpétré de la violence psychologique dans leurs relations amoureuses au cours de leur vie, que 33 % d'entre eux ont exercé de la violence physique, 20 % des menaces et 15 % de la violence sexuelle [31].

En ce qui concerne la cyber-VRA, Temple et ses collaborateurs ont rapporté dans une étude de prévalence menée auprès de 782 élèves que 24 % des adolescents avaient été victimes de VRA en ligne ou électronique au moins une fois, alors que 18 % d'entre eux l'avaient perpétrée au moins une fois sur une période de 12 mois [32]. Zweig et ses collaborateurs ont semblablement rapporté que 25 % des 3 745 adolescents sondés dans son étude ont vécu de la cyber-VRA avec leur partenaire actuel ou leur plus récent partenaire [11], mais encore trop peu d'études sont disponibles actuellement pour circonscrire l'étendue de cette forme émergente de VRA [33].

Bien que la VRA chez les adolescents ait fait l'objet d'un intérêt grandissant au cours des vingt dernières années, il est difficile de statuer sur l'évolution du phénomène dans le temps. En effet, les limites principales qui empêchent de se prononcer sur l'évolution du phénomène sont la rareté des échantillons représentatifs et la variabilité des mesures utilisées, de sorte que les différences de prévalence observées à des époques différentes sont trop dépendantes des caractéristiques spécifiques des échantillons et des mesures pour qu'on puisse les attribuer à de véritables changements temporels. Toutefois, une étude de Howard, Dednam et Wang a tracé le portrait de l'évolution de la prévalence de la VRA physique subie aux États-Unis, telle que rapportée par le *Youth Risk Behavior Survey*. Cette enquête longitudinale a été menée auprès d'un échantillon représentatif de filles de 9^e à 12^e année entre 1999 et 2009 (6 851 à 8 188), de manière biennale. À chaque temps de mesure, elle demandait aux participantes de rapporter la VRA physique vécue durant les 12 derniers mois. L'étude présentée par Howard et ses collaborateurs a établi que la VRA physique est demeurée assez stable dans le temps, variant de 9,9 % à 10,3 % [34].

Facteurs de risque et de protection

Plusieurs études ont exploré les facteurs de risque liés à la victimisation et à la perpétration de la VRA [35]. Dans la présente section, les études prenant appui sur un devis longitudinal, plutôt que sur un devis transversal, seront principalement abordées. Puisque dans ces études les facteurs de risque et de protection ont été mesurés avant que la VRA ne soit perpétrée ou que l'individu en ait été victime, il est possible d'établir avec une relative certitude qu'ils sont des prédictors de la VRA. Ces études ont déterminé que plusieurs facteurs prédisent la victimisation et la perpétration des filles et des garçons³.

Facteurs de risque pour la victimisation

Les facteurs de risque étudiés peuvent être regroupés en trois catégories : 1) les facteurs individuels; 2) les facteurs liés aux milieux de vie; 3) les facteurs environnementaux. Certains sont communs aux garçons et aux filles, tandis que d'autres sont spécifiques à l'un ou à l'autre (tableau 3).

³ Tous les facteurs de risque et de protection de la VRA présentés dans cette section, qui proviennent d'études publiées avant 2011, sont issus d'une entrée de Foshee et Reyes dans l'*Encyclopedia of adolescence* [36], et sont rapportés de manière à respecter les propos de ces auteurs. Les facteurs provenant d'études publiées après cette entrée (c.-à-d. après 2011) ont été recensés spécifiquement pour l'élaboration du présent chapitre, et permettent de mettre à jour les données présentées par Foshee et Reyes à ce sujet. De plus, certaines études publiées avant 2011 (identifiées par un astérisque) n'avaient pas été incluses dans le texte de Foshee et Reyes, mais les facteurs de risque qu'elles présentent ont été considérés dans ce chapitre.

Tableau 3 Facteurs de risque et de protection pour la victimisation

Type de facteur	Facteurs tirés d'études longitudinales
Individuel	
Risque	<p>Garçons et filles</p> <ul style="list-style-type: none"> Être plus âgé [37] (risque augmentant avec l'âge) Comportements antisociaux [38], [39], [40]*, [41]* Avoir des comportements à risque [37] Avoir des amis ou une sœur plus âgée qui a des comportements à risque [37] Avoir une opinion favorable à la VRA [42] Nombre élevé de partenaires sexuels [43]* Symptômes d'anxiété [44] Faible score de quotient intellectuel (QI) [38] <p>Garçons</p> <ul style="list-style-type: none"> Troubles de conduite [38], [39] Victimisation chronique VRA (pour VRA physique grave) [45] Récurrence de la victimisation [40]*, [41]* Précocité des premières expériences sexuelles [39] Faibles compétences en lecture [38] Faible estime de soi (pour VRA physique si consommation d'alcool [45]) <p>Filles</p> <ul style="list-style-type: none"> Comportements délinquants ou d'agression envers des pairs [38], [39], [40]* Décrochage scolaire [38] Visionner des films pornographiques [46] Puberté précoce [45] Symptômes de dépression [45]
Protection	<p>Filles</p> <ul style="list-style-type: none"> Obtention de bons résultats scolaires [43]*
Milieus de vie	
Risque	<p>Milieu familial</p> <p>Garçons et filles</p> <ul style="list-style-type: none"> Victimes d'agression sexuelle [47] Punition physique et violence verbale dans la famille [42] Maltraitance vécue dans l'enfance [39], [45], [48]*, [49] <p>Garçons</p> <ul style="list-style-type: none"> Parents peu chaleureux [38] Problèmes de santé mentale chez la mère [38] <p>Filles</p> <ul style="list-style-type: none"> Exposition à la violence conjugale [39], [41]*, [45], [42], [48]*, [50]*, [51]* <p>Pairs</p> <p>Garçons et filles</p> <ul style="list-style-type: none"> Affiliation avec des amis victimes de VRA [45], [50]* Victimes de violence [44] Victimes de harcèlement sexuel [52] Affiliation avec des pairs déviants ou violents [37], [42], [47], [53]* Affiliation avec des pairs qui consomment de la marijuana [37] Affiliation avec des pairs qui ont eu au moins une relation sexuelle [42] <p>Garçons</p> <ul style="list-style-type: none"> Relation amoureuse hostile avec des chicanes (si opinion favorable à la VRA) [40]* <p>Filles</p> <ul style="list-style-type: none"> Relations amoureuses avec des relations sexuelles [54] <p>Quartier et communauté</p> <p>Garçons et filles</p> <ul style="list-style-type: none"> Hétérogénéité ethnique du quartier [55] Instabilité résidentielle [55]
Protection	<p>Garçons et filles</p> <ul style="list-style-type: none"> Supervision de la mère [37], [45] Être proche de ses parents [48]*

Tableau 3 Facteurs de risque et de protection pour la victimisation (suite)

Type de facteur	Facteurs tirés d'études longitudinales
Environnemental	
Risque	Garçons et filles Exposition à différents médias violents [56]
	Filles Visionnement de pornographie [57]
Protection	nd

Les nombres suivis d'un astérisque (*) sont des études longitudinales n'ayant pas été recensées par Foshee et Reyes [36], même si elles ont été publiées avant 2011.

Facteurs individuels : Les études longitudinales ont démontré que certaines caractéristiques individuelles prédisent la victimisation en contexte de VRA, et ce, indépendamment du sexe de la victime. Le fait d'être plus âgé, d'avoir des comportements à risque (ex. : aller à des fêtes où il y a de la consommation d'alcool ou des activités sexuelles, ou être actif sexuellement), d'avoir des amis ou une sœur plus âgée qui adoptent des comportements à risque [37], d'avoir plus de partenaires sexuels [43]* et d'avoir des symptômes d'anxiété [44] sont autant de facteurs prédisant la victimisation. D'autres facteurs de risque, comme le fait d'avoir des comportements antisociaux [41]* et d'avoir un faible score de QI [38], ont été identifiés. Les normes sociales ont fait l'objet de quelques études longitudinales dont les résultats indiquent qu'avoir des opinions favorables au sujet de la VRA [42,46] et qu'adhérer à des stéréotypes liés au genre augmente le risque qu'a un adolescent de subir de la VRA [45].

Certains facteurs ont été identifiés comme augmentant le risque d'être victime de VRA, mais seulement chez les garçons. Ainsi, avoir des comportements antisociaux tôt dans son développement, agresser ses pairs et avoir des troubles de conduite prédisent la victimisation des garçons en contexte amoureux [38,39], la victimisation chronique pour la VRA physique grave [45]*, ainsi que la récurrence de la victimisation chez ceux qui avaient une attitude favorable à la VRA [40]. Pour un garçon, de premières expériences sexuelles précoces [39] ou de faibles compétences en lecture [38] prédisent également sa victimisation. De plus, avoir une faible estime de soi prédit la victimisation physique sévère et cette faible estime de soi, conjuguée à de la consommation d'alcool, prédit la victimisation chronique pour cette même forme de violence [45]*.

D'autres facteurs ont été identifiés comme augmentant le risque de vivre de la VRA, mais uniquement chez les filles. Les comportements de délinquance ou d'agression envers ses pairs [38-40,58], le décrochage scolaire [38], le visionnement de films pornographiques [46]* et la précocité de la puberté [58] sont autant de facteurs qui augmentent le risque qu'une adolescente soit victime de VRA, tout comme la dépression qui prédit aussi leur victimisation chronique [45]*.

D'autres facteurs, tels que la consommation d'alcool et de drogues, les attitudes à l'égard de la VRA, ainsi que la dépression (chez les garçons) sont des facteurs pour lesquels les résultats obtenus ne convergent pas. Des efforts devront être déployés dans les prochaines années afin d'explorer l'ensemble de ces facteurs dans des études longitudinales, et ce, pour obtenir un portrait plus juste des différentes variables qui ont un rôle à jouer dans la victimisation chez les adolescents.

Facteurs liés aux milieux de vie : Plusieurs facteurs liés au milieu familial, aux pairs, au milieu scolaire, ainsi qu'au quartier ou à la communauté ont été identifiés par les études longitudinales comme augmentant le risque qu'ont les adolescents d'être victimes de VRA.

Milieu familial : Certaines caractéristiques du milieu familial dans lequel l'adolescent évolue ont été examinées pour connaître leur influence sur la VRA subie. Avoir été maltraité durant l'enfance est associé à un risque plus élevé d'être revictimisé dans le contexte des relations amoureuses [49]. Par exemple, l'étude longitudinale de Gómez a rapporté que les filles et les garçons victimes de maltraitance durant l'enfance étaient significativement plus à risque que leurs pairs d'être victimes de la VRA à 22 ans (et de la

perpétrer) [59]. Morris et ses collaborateurs ont semblablement identifié que les adolescents qui se trouvent dans une famille où la violence verbale et la punition physique sont employées sont plus à risque d'être ultérieurement revictimisés dans leurs relations amoureuses [42]. De plus, avoir vécu une agression sexuelle prédit aussi les expériences de VRA [47,60], ce risque accru s'expliquant en partie par les symptômes de stress post-traumatique [61]. Une autre forme de violence que vivent les jeunes au sein de leur famille est l'exposition à la violence conjugale; ceux qui y sont exposés sont plus à risque d'être ultérieurement victimes de VRA [50]*, [41]*, [48]*, [42]. Cependant, ce facteur n'a pas été rapporté comme significatif pour les garçons par toutes les études menées à ce sujet [45], [51]*, [39].

Être victime d'une forme de violence autre que la VRA est un facteur qui augmente considérablement le risque d'être victime de VRA. Hamby, Finkelhor et Turner ont, par exemple, rapporté dans leur étude menée auprès de 1 680 adolescents que tous les jeunes qui avaient indiqué avoir été victimes de VRA physique avaient aussi été victimes d'au moins une autre forme de violence (maltraitance physique, agression sexuelle durant l'enfance, agression sexuelle par un partenaire en situation d'autorité). Plus particulièrement, les victimes de VRA qui ont participé à cette étude ont rapporté en moyenne deux fois plus d'autres types de violence que leurs pairs qui n'en avaient jamais vécu [62].

Certains facteurs liés au milieu familial permettent de prédire uniquement la victimisation des garçons. Ainsi, avoir des parents qui font peu de démonstrations affectives ou avoir une mère qui a des problèmes de santé mentale [38] sont des caractéristiques de la famille qui augmentent le risque qu'un jeune d'être victime de VRA.

Pairs : L'influence des pairs a aussi été étudiée comme facteur de risque de la VRA subie. Tant chez les filles que chez les garçons, le fait d'être affilié à des pairs déviants [42], [53]*, à des pairs qui ont des comportements violents [42], qui consomment de la marijuana [37] ou qui ont déjà eu au moins une relation sexuelle [37] sont autant de facteurs qui prédisent le fait d'être victime de VRA. De plus, avoir des amis victimes de VRA prédit le risque d'en être victime [45]*, mais Arriaga et Foshee ont soutenu que cela était dû à la sélection des amis plutôt qu'à leur influence (les victimes de VRA choisiraient des amis qui ont été victimes de VRA) [50]*. Aussi, être victime de violence [44] ou de harcèlement sexuel [52] par ses pairs sont des facteurs de risque de la VRA subie, les formes de harcèlement les plus communes étant les commentaires sexuels, les blagues, les gestes, les regards, le fait d'être touché, agrippé ou pincé de manière sexuelle, ainsi que pour les garçons de recevoir des insultes homosexuelles et pour les filles des commentaires au sujet de leur corps. Peu de différences entre les garçons et les filles ont été rapportées dans la littérature concernant l'influence des pairs comme facteur de risque de la victimisation. Toutefois, se trouver sexuellement active dans une relation amoureuse prédirait uniquement la victimisation des filles [54].

Les facteurs de risque les plus étudiés par les études transversales se rapportent aux caractéristiques des pairs et de la famille. La méta-analyse de Garthe et ses collaborateurs synthétise 27 études, dont 10 longitudinales, portant spécifiquement sur trois facteurs de risque les plus fréquemment rapportés dans la littérature comme étant théoriquement ou statistiquement liés à la VRA : la VRA vécue par les pairs, les comportements agressifs ou antisociaux des pairs, et le fait d'être victimisé par ses pairs. Ces trois facteurs présentent des tailles d'effet significatives, et le fait de les avoir vécus est associé à un risque plus élevé de vivre la VRA [63]. Notons par ailleurs qu'une méta-analyse de Hébert et ses collaborateurs s'est intéressée aux facteurs liés à l'histoire de victimisation pendant l'enfance, de même qu'aux différents facteurs de risque liés aux pairs. Au total, 87 études pertinentes (18 longitudinales) ont été analysées, et les résultats révèlent que l'agression sexuelle, la négligence par les parents, l'abus psychologique, l'abus physique et l'exposition à la violence conjugale présentent des tailles d'effet significatives, et que les jeunes qui les ont vécus rapportent un risque plus élevé de subir les différentes formes de VRA. De même, la méta-analyse révèle des tailles d'effet significatives quant à l'association entre la victimisation par les pairs, le harcèlement sexuel et l'affiliation avec des pairs déviants et la VRA subie [64].

Quartier et communauté : Les facteurs de risque de la violence subie qui sont liés à la communauté et au quartier dans lequel évoluent les adolescents ont peu été étudiés longitudinalement à ce jour, même si plusieurs études transversales se sont penchées sur le sujet. Foshee et ses collaborateurs ont toutefois mené une étude afin d'explorer les interactions entre certaines caractéristiques de la famille et du quartier. Cette étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 3 236 adolescents de la 8^e à la 12^e année habitant des milieux ruraux. Les données ont révélé que l'hétérogénéité ethnique du quartier prédirait la VRA physique, mais pas les autres caractéristiques du quartier mesurées (désorganisation sociale, violence, instabilité résidentielle, désavantage économique) [55]. Concernant les interactions entre les variables, avoir des parents qui font peu fréquemment des démonstrations affectives, conjugué à de l'instabilité résidentielle (déménagements nombreux) dans le quartier habité, prédirait la VRA physique subie [55]. L'absence d'effet observé par Foshee et ses collaborateurs [55] pour certaines caractéristiques du quartier a également été rapportée par Jain et ses collaborateurs. Ces derniers sont arrivés à la conclusion qu'habiter un quartier où l'on est exposé à la violence ou qui est désavantagé économiquement ne peut prédire la victimisation [65]. Finalement, la recension systématique de Johnson et ses collaborateurs sur les caractéristiques du voisinage et la VRA a synthétisé les résultats de 20 études (dont 6 étaient longitudinales). Ils ont conclu que la proportion de logements inhabités dans un secteur, les caractéristiques sociodémographiques de la population, l'accessibilité aux points de vente d'alcool et les problèmes sociaux (tels que la criminalité du voisinage) ne sont pas des facteurs de risque de la victimisation [66].

Facteurs liés aux environnements (sociétaux) : Encore peu d'études longitudinales ont examiné en quoi les facteurs socioculturels (ex. : les normes, les médias, les mœurs), économiques (ex. : les investissements gouvernementaux, les variations dans l'économie d'un pays) et législatifs (ex. : les lois et politiques) ont un impact sur la VRA. De rares études se sont toutefois penchées sur l'influence qu'ont les contenus médias sur la victimisation. Concernant l'impact du contenu média comme facteur de risque, Raiford et ses collaborateurs ont mené une étude auprès des filles, et ont statué qu'avoir visionné des films pornographiques dans les trois derniers mois prédit la victimisation dans l'année qui suit [46]. Malgré ce résultat, la manière dont cette exposition à la pornographie influence la victimisation demeure inconnue. Connolly et ses collaborateurs ont pour leur part rapporté qu'une plus grande fréquence d'exposition au contenu jugé agressif (par une autoévaluation) dans différents types de médias (télévision, films, musique, magazines, Internet) permettait de prédire, trois ans plus tard, la victimisation (une exposition plus grande était associée à plus de victimisation) [67].

Facteurs de risque pour la perpétration : Pour mieux comprendre le phénomène de la VRA, il est nécessaire d'examiner les facteurs qui augmentent le risque que les adolescents exercent cette violence au sein de leurs relations, et non pas seulement les facteurs qui influencent le risque qu'ils en soient victimes. Plusieurs études longitudinales ont été menées à ce sujet (voir le tableau 4 pour un résumé), et leurs résultats concernant les facteurs de risque individuels, liés aux milieux de vie ainsi qu'à l'environnement seront présentés dans les prochains paragraphes.

Tableau 4 Facteurs de risque et de protection pour la perpétration

Type de facteur	Facteurs tirés d'études longitudinales
Individuel	
Risque	<p>Garçons et filles Détresse émotionnelle [68]* Symptômes dépressifs [43]*, [69], [70] Symptômes anxieux [69]</p> <p>Garçons Comportements antisociaux [38], [39], [71], [72], [3], [73] Précocité des premières expériences sexuelles [39] Faible score de QI [38] Décrochage scolaire [38]</p> <p>Filles Comportements antisociaux [39], [69] et attitude favorable à la VRA [40]* Consommation d'alcool et de drogues [38], [39], [74]</p>
Protection	<p>Garçons et filles Obtention de bons résultats scolaires [43]* Empathie [43]* Niveau d'intelligence verbale élevée [43]*</p>
Milieus de vie	
Risque	<p>Milieu familial</p> <p>Garçons et filles Conflits dans la famille [38] Exposition à la violence conjugale [75]</p> <p>Garçons Discipline parentale sévère ou inconstante [38], [3], [73], [76] Manque de supervision parentale [71], [72], [3], [74] Manque d'affection parentale [38], [73] Témoin de conflits entre les parents [68]*, [77]</p> <p>Filles Recevoir des punitions physiques [78]</p> <p>Pairs</p> <p>Garçons et filles Amis qui ont des comportements violents ou déviants [42], [63] Amis qui utilisent la VRA ou qui en sont victimes [63], [50]*, [69]</p> <p>Garçons Affiliation avec des pairs qui vivent de la VRA [45], [69] Affiliation avec des pairs délinquants et violents physiquement [45]</p> <p>Quartier et communauté</p> <p>Garçons et filles Présence de comportements déviants dans le voisinage [36]*</p>
Protection	<p>Garçons et filles Acquisition de connaissances sur la VRA dans la famille [75] Relation positive avec la mère [43]* Supervision de la mère [37] Attitudes conservatrices de la mère au sujet de la sexualité de son adolescent [37] Sentiment d'appartenance au milieu scolaire [43]* Contrôle social du voisinage [36]*</p>
Environnemental	
Risque	<p>Garçons et filles Exposition à différents médias violents [67], [56]</p>
Protection	nd

Les nombres suivis d'un astérisque (*) sont des études longitudinales n'ayant pas été recensées par Foshee et Reyes [36], même si elles ont été publiées avant 2011.

Facteurs individuels : Les adolescents qui vivent de la détresse émotionnelle [68]*, qui rapportent des symptômes dépressifs [43]*, [69], [70] ou anxieux [69] sont plus enclins à exercer des comportements violents envers leur partenaire. Toutefois, leur estime d'eux-mêmes, ainsi que les stéréotypes de genre qu'ils endossent, ne prédiraient pas leur perpétration de la VRA [74], tout comme le genre auquel ils appartiennent [69], [79]*. Il en serait de même pour leurs habiletés interpersonnelles [74], malgré le fait que ces dernières aient été associées par de nombreuses études transversales à la perpétration [36,80].

Dans les études longitudinales répertoriées, certains facteurs ont été identifiés comme étant des prédicteurs de la perpétration de la VRA uniquement chez les garçons. Ainsi, le fait d'avoir été initié tôt à des pratiques sexuelles (c.-à-d. en 8^e année) prédit la perpétration [39], tout comme avoir un faible score de QI à l'âge de 7, 9 et 15 ans, ou avoir décroché de l'école à 15 ans [38]. Aussi, le fait d'avoir des comportements délinquants ou antisociaux (ex. : désobéir à ses parents, faire du vandalisme, avoir des problèmes de comportement, être mis en état d'arrestation ou être judiciairisé, avoir recours à la violence envers ses pairs, consommer de l'alcool ou des drogues) est un prédicteur de la perpétration de la VRA [38,39,71–73,81]. Toutefois, les attitudes qu'entretiennent les adolescents à l'égard de la VRA contribuent moins clairement au risque qu'ils utilisent cette violence, puisque les résultats présentés par les études à ce sujet sont contradictoires ; ils sont parfois significatifs [74], parfois non significatifs [80]. Par exemple, alors que Foshee et ses collaborateurs ont identifié qu'avoir un haut niveau d'acceptation de la VRA est un facteur de risque de la perpétration [74], Wolfe et ses collaborateurs sont quant à eux parvenus à la conclusion que les attitudes à l'égard de la VRA en 9^e et en 11^e année ne permettent pas de prédire la perpétration de la VRA un an plus tard [80]. Ainsi, même si de nombreuses études transversales ont établi un lien entre les attitudes positives à l'égard de la VRA et sa perpétration [51]*, [82], les études longitudinales menées à ce sujet tracent un portrait beaucoup moins constant du lien entre ces variables.

Chez les filles, avoir des comportements antisociaux, notamment le fait d'agresser physiquement ses pairs [39,69] ou d'être violente fréquemment avec eux [69] sont des prédicteurs de la perpétration de la VRA. De plus, la consommation d'alcool [74] et de drogues [38,39] a généralement été identifiée comme un prédicteur de la perpétration de la VRA chez les adolescentes, une seule étude recensée étant arrivée à des conclusions contraires [83]. L'impact de la dépression comme facteur de risque est également mitigé. Alors que plusieurs études transversales ont corrélé la dépression à la perpétration de la VRA [84], [74], [70]*, une seule étude longitudinale [69] a identifié que la dépression pouvait prédire la perpétration des filles, alors qu'une autre a écarté ce facteur [74].

Facteurs liés aux milieux de vie : Plusieurs études longitudinales ont examiné les facteurs de risque liés aux milieux de vie qui prédisposent les adolescents à exercer la VRA. Certaines caractéristiques de la famille, des pairs, du milieu scolaire, ainsi que du quartier ou de la communauté où vivent les adolescents ont été identifiées.

Milieu familial : Les caractéristiques des familles des adolescents ont été largement étudiées dans des devis longitudinaux. Tant chez les filles que chez les garçons, être exposé à des conflits entre les parents [68,77] ou à de la violence conjugale [75], [42], [68]* constitue un facteur de risque de la perpétration. L'impact de l'exposition à la violence conjugale demeure toutefois à explorer dans un contexte longitudinal, puisque peu d'études ont considéré dans leur devis l'examen de variables qui auraient pu modifier le lien entre l'exposition à la violence conjugale et la perpétration (ex. : la structure familiale, l'ethnicité, la fréquence de l'exposition, la sévérité de la violence). De plus, le fait d'être victime de maltraitance a été identifié comme prédisant la perpétration de la VRA par certaines études longitudinales [39] et plusieurs études transversales [85], alors que certaines études longitudinales ont conclu que cette caractéristique pouvait être un facteur de risque seulement pour certains individus en lien avec des caractéristiques sociodémographiques particulières [78].

Certaines caractéristiques des familles semblent toutefois avoir un impact uniquement sur la perpétration de la VRA des garçons. Les familles où la discipline parentale est sévère [73,81] ou incohérente [73,76], où il y a un manque de supervision parentale [71,72,74,81], ou dans lesquelles les parents démontrent peu d'affection [38,73] augmentent la probabilité que leur adolescent utilise la VRA. Pour les filles, recevoir des punitions physiques [38,78] est un facteur de risque.

Pairs : Certaines caractéristiques des pairs fréquentés par les adolescents et les adolescentes ont aussi été identifiées comme des facteurs de risque de la perpétration. Avoir des amis qui ont des comportements violents [42,63] ou déviants [42] ont largement été documentés par la littérature comme étant des facteurs de risque de la perpétration de la VRA. De plus, fréquenter des pairs qui utilisent la VRA [50]*, [69], [63] ou même qui en sont victimes [74] augmente également le risque d'en exercer au sein de ses propres relations amoureuses.

Certains facteurs de risque liés aux pairs ont été identifiés comme étant significatifs seulement chez les garçons. Ainsi, avoir des amis qui sont violents physiquement ou qui ont des comportements délinquants est un facteur de risque de la perpétration, mais seulement chez ceux qui ont une attitude favorable à la VRA [40]*. Avoir des pairs qui vivent de la VRA (comme victime ou comme agresseur) est également un prédicteur de la VRA perpétrée par des garçons [45]*. Par exemple, le nombre d'amis qui exercent de la VRA qu'a un adolescent prédit le risque qu'il utilise lui aussi la VRA [69].

Garthe et ses collaborateurs ont publié une méta-analyse qui porte sur 27 études qui ont examiné les facteurs de risque liés aux pairs les plus souvent étudiés : la VRA vécue par les pairs, les comportements agressifs ou antisociaux des pairs, ainsi que la victimisation de l'adolescent par des pairs. Cette méta-analyse en arrive à conclure que ces trois facteurs sont associés de manière significative à la perpétration de la VRA [63].

Quartier et communauté : Les facteurs de risque liés aux milieux, quartiers ou communautés dans lesquels les adolescents vivent ont été moins étudiés longitudinalement et ils divergent fréquemment, possiblement en raison des différences quant aux échantillons étudiés et aux outils de mesure utilisés (Johnson et collab. 2015). Ainsi, alors que certaines études ont relevé que vivre dans un quartier économiquement désavantagé n'avait pas d'impact sur la perpétration [86]*, [65], [87], une autre rapporte que ce facteur augmente le risque de perpétrer la VRA chez les filles [88]. Foshee et ses collaborateurs ont quant à eux identifié que les comportements déviants dans le voisinage constituent un facteur de risque pour la perpétration [36]*. D'autres facteurs qualifiant les milieux de vie ont été étudiés sans pouvoir conclure à leur effet significatif sur la perpétration de VRA : la ségrégation résidentielle, l'instabilité résidentielle, le niveau de crime dans le quartier et l'efficacité collective [87], ainsi que la violence perçue dans le quartier [65]. Enfin, Johnson et ses collaborateurs ont publié une recension de la littérature qui porte spécifiquement sur les facteurs de risque liés aux quartiers dans lesquels évoluent les adolescents. Malgré le peu d'études disponibles à ce sujet, leur synthèse de 20 études (dont 6 longitudinales) a soulevé que la disponibilité de l'alcool (présence et nombre de commerces) et les problèmes présents dans le quartier, notamment la criminalité, sont associés à la perpétration de la VRA [66].

Facteurs liés aux environnements (sociétaux) : Peu d'études ont mesuré l'influence des facteurs environnementaux (société et culture, économie et lois) sur la perpétration de la VRA. L'influence de l'exposition à la violence dans les médias a cependant été examinée par quelques études, mais les résultats obtenus à ce jour ne semblent pas converger. Ferguson, San Miguel, Garza et Jerabeck, ainsi que Ferguson, Garza, Jerabeck, Ramos, et Galindo ont rapporté à ce sujet que l'utilisation de jeux vidéo violents n'était pas associée à la perpétration [57,89], alors que Connolly et ses collaborateurs ont plutôt conclu qu'une utilisation plus importante de plusieurs types de contenu agressif (émissions de télévision, films, musique, vidéos) était associée à plus de perpétration de VRA un an plus tard [67]. Cette étude a été reproduite en considérant plus de types de médias et a permis de prédire, trois ans plus tard, la perpétration, ainsi que la victimisation [56].

Facteurs de protection

Il y a peu d'études qui ont exploré les facteurs de protection de la VRA, tant perpétrée que subie. Les quelques facteurs individuels, environnementaux et liés aux milieux de vie qu'il a été possible de recenser dans des études longitudinales seront présentés, suivis des données disponibles à ce sujet qui proviennent de méta-analyses.

Facteurs individuels : Les facteurs de protection liés aux caractéristiques personnelles des adolescents ont rarement fait l'objet d'études longitudinales. Néanmoins, il est reconnu à ce jour qu'avoir de bons résultats scolaires, plus d'empathie et une intelligence verbale plus développée [43]* est associé à moins de risque de perpétrer de la VRA, et chez les filles, avoir de bons résultats scolaires est associé à un moindre risque d'être victimes [43]*.

Facteurs liés aux milieux de vie : Certains facteurs du milieu familial permettent de réduire le risque qu'a un adolescent d'être victime de VRA. Une bonne supervision parentale de la mère [37] ou être affectivement proche de ses parents [48]* sont des facteurs de protection qui ont été identifiés par des études longitudinales. Certaines caractéristiques de la famille constituent quant à elles des facteurs de protection de la perpétration. Pouvoir acquérir au sein de la famille des connaissances au sujet des relations amoureuses est un facteur de protection de la VRA physique et psychologique exercée par les adolescents [75]. Il a aussi été recensé qu'une relation positive avec la mère [43]* et le fait que la mère soit au courant des déplacements de l'adolescent, d'avec qui il se trouve et de comment il utilise ses temps libres [37] peut diminuer le risque que ce dernier exerce de la VRA. De même, avoir une mère qui a des attitudes conservatrices à propos de la sexualité de son adolescent a un effet protecteur [37]. De plus, entretenir un sentiment d'appartenance à son milieu scolaire [43]* agit également comme un facteur de protection pour prévenir la perpétration. Finalement, Foshee et Reyes ont indiqué que le contrôle social⁴ qu'exerce le voisinage d'un adolescent est aussi un facteur de protection [36]*.

Facteurs environnementaux : L'influence des politiques, des lois et des règlements mis en place au sein des milieux, ainsi que l'influence de la culture en tant que facteur de protection de la VRA ne semblent pas avoir fait l'objet d'études, tant transversales que longitudinales. Pourtant, il est facile de croire que de vivre dans un milieu où les comportements violents sont clairement proscrits réduit le risque d'en être victime. Aux États-Unis, les politiques de plusieurs États en matière de prévention de la VRA prévoient que les écoles adoptent des règlements pour favoriser l'implantation de programmes, la formation du personnel qui intervient auprès des adolescents, le soutien offert aux victimes, etc. [91]. Les programmes de prévention mis en place peuvent également être considérés comme un facteur de protection; ils seront abordés dans la section sur la prévention.

De nombreux facteurs de protection explorés par des études transversales n'ont pas encore fait l'objet d'études longitudinales (voir à cet effet les tableaux 3 et 4), et trop peu de facteurs environnementaux ont été étudiés à ce jour (même par des études transversales) pour qu'il soit possible d'avoir une idée juste de leur contribution dans le phénomène de la VRA. Les facteurs de protection, qu'ils soient de nature individuelle, environnementale ou associés aux milieux de vie, auraient avantage à être plus amplement explorés par des recherches longitudinales.

Finalement, mentionnons que la méta-analyse de Hébert et ses collaborateurs a rapporté que malgré qu'une importante hétérogénéité soit notée quant aux tailles d'effet, le soutien parental, la supervision parentale et le soutien des pairs sont significativement associés à une prévalence moindre de VRA subie [64].

⁴ « Le contrôle social s'exerce quand, au moment de violer une loi un individu rencontre une résistance d'origine sociale qui l'empêche d'agir ou, au moins, le fait hésiter » [90]. Ainsi, dans ce contexte, le contrôle social est la surveillance indirecte des adolescents qui est occasionnée par la seule présence des habitants d'un quartier [36].

Concernant la VRA perpétrée, la recension des écrits de Johnson et ses collaborateurs a déterminé par la synthèse de 20 études (dont 6 longitudinales) que le sentiment d'appartenance éprouvé par l'adolescent envers son voisinage, de même que le contrôle social exercé par ce dernier sont des facteurs de protection [66].

À ce jour, seuls quelques facteurs de protection de la VRA, tant subie que perpétrée, ont été identifiés par la littérature. Pourtant, en connaître davantage à ce sujet pourrait permettre d'adapter les programmes de prévention de la VRA de manière à ce qu'ils développent prioritairement les forces que possèdent les adolescents et celles qui sont présentes dans leur environnement, plutôt que de s'attaquer principalement aux aspects qui augmentent le risque que les jeunes vivent ou infligent de la VRA.

En somme, les études longitudinales ont démontré que certaines caractéristiques des adolescents (ex. : comportements à risque), de leur famille (ex. : maltraitance), des pairs qu'ils fréquentent (ex. : comportements antisociaux), ainsi que de leur milieu de vie (ex. : médias violents) influencent le risque qu'ils ont de subir la VRA ou de l'utiliser envers leur partenaire. Ainsi, tous ces acteurs gravitant dans la vie des jeunes, ainsi que le milieu dans lequel ils se développent, devraient être pris en considération pour prévenir la VRA. Toutefois, d'autres facteurs, dont la contribution est moins claire ou donnent lieu à des résultats inconsistants dans les différentes études longitudinales réalisées (notamment la consommation d'alcool et de drogues, les attitudes à l'égard de la VRA, les symptômes dépressifs et l'exposition à la pornographie) devront faire l'objet d'études additionnelles afin de mieux comprendre s'ils ont un rôle à jouer dans la VRA, et comment ils peuvent être abordés dans les programmes de prévention.

Conséquences sur la santé

Les études qui se sont intéressées aux conséquences sur la santé de la VRA concernent essentiellement les victimes (voir le tableau 5 pour un résumé), et, par conséquent, peu d'informations sont disponibles relativement aux auteurs de la VRA.

Conséquences immédiates

La VRA peut être associée à plusieurs conséquences, dont des répercussions immédiates affectant la santé physique. O'Leary et ses collaborateurs mentionnent que 25 % des victimes de VRA physique provenant de leur échantillon de 2 363 adolescents avaient été blessées [92]. L'Enquête PAJ a révélé que les jeunes vivant des situations de cooccurrence de différentes formes de VRA sont plus susceptibles de rapporter avoir subi des blessures (ecchymoses, coupures), des douleurs physiques ou de nécessiter une visite médicale suite à la VRA subie [27]. Près du tiers des jeunes déclarent avoir été bouleversés, et près du quart mentionnent avoir eu peur après un épisode de VRA; ces sentiments étant plus souvent mentionnés par les filles que les garçons. Les filles indiquent avoir davantage des symptômes de stress post-traumatique suivant l'événement, incluant de la réviviscence, de l'évitement et de l'hypervigilance [23].

Conséquences à moyen et long terme

Outre les conséquences directement en lien avec les épisodes de VRA subis, la littérature suggère que la VRA est associée à une panoplie de répercussions négatives ultérieures sur la santé physique et mentale, incluant des sentiments de tristesse, une perception de soi plus négative, de la détresse psychologique, des symptômes de dépression, des idéations suicidaires, de même que des tentatives de suicide [52,93,94]. La VRA serait aussi associée à des conséquences somatiques et des troubles alimentaires [95]. De plus, comparativement à leurs pairs non victimes, les jeunes victimes de VRA sont plus susceptibles de présenter des problèmes de consommation d'alcool et de drogues [96]. Il est toutefois important de souligner que la majorité des études réalisées sont transversales, et qu'il est donc difficile de statuer si les corrélats identifiés sont des conséquences de la VRA ou plutôt des facteurs de risque.

L'étude transversale réalisée par Vagi et ses collaborateurs auprès d'un échantillon représentatif de 9 900 jeunes Américains rapportant avoir une relation amoureuse a, par exemple, identifié différentes conséquences associées à la VRA. Plusieurs d'entre elles peuvent avoir des répercussions considérables sur la santé. Ainsi, selon cette enquête, les filles et les garçons victimes de VRA physique sont plus susceptibles d'avoir des pensées suicidaires ou d'avoir fait une tentative de suicide, d'être impliqués dans une bataille, de transporter une arme, d'être cyberintimidés, de consommer régulièrement de l'alcool, de la marijuana ou de la cocaïne, d'être actif sexuellement et d'avoir eu une relation sexuelle avec plus de quatre personnes que les filles et les garçons non-victimes. Chez les filles et garçons victimes de VRA physique et sexuelle (cooccurrentes), ces comportements étaient plus prévalents comparativement à leurs pairs non-victimes ou à leurs pairs uniquement victimes de VRA physique. Ces auteurs ont aussi rapporté que les filles victimes de VRA sexuelle étaient plus à risque que leurs pairs non-victimes d'avoir des pensées suicidaires, de faire des tentatives de suicide, d'avoir des altercations physiques, d'être intimidé sur Internet, ainsi que de consommer de l'alcool, notamment d'avoir des comportements de « calage ». Les garçons victimes de VRA sexuelle étaient quant à eux plus à risque que ceux non-victimes d'adopter les comportements à risque mentionnés ci-dessus, ainsi que d'être actifs sexuellement et d'avoir des relations sexuelles avec plus de quatre partenaires [97].

Les quelques études longitudinales disponibles attestent également des répercussions négatives de la VRA. Par exemple, Chiodo et ses collaborateurs ont rapporté dans leur étude longitudinale menée auprès de 519 filles que celles qui se trouvaient dans un contexte de VRA mutuelle (les deux partenaires sont à la fois victimes et agresseurs) rapportaient deux ans plus tard de plus hauts taux d'idéations suicidaires, ainsi que plusieurs autres conséquences liées à l'école (rendement scolaire moindre, moins de sentiment d'appartenance à l'école) et aux pairs (comportements d'agression et délinquance) [98]. Les idéations suicidaires ont aussi été identifiées par une autre étude longitudinale comme étant une conséquence de la VRA physique deux ans après qu'elle ait eu lieu [99].

Exner-Cortens et ses collaborateurs ont, quant à eux, examiné les données amassées auprès de 5 681 élèves (sous-échantillon) par l'étude américaine *National Longitudinal Study of Adolescent Health*. Leurs résultats révèlent que cinq ans après avoir rapporté avoir été victimes, les jeunes femmes adultes (18 à 25 ans) qui avaient vécu de la VRA de nature psychologique ou physique à l'adolescence avaient plus d'épisodes de consommation abusive d'alcool, de symptômes dépressifs, d'idéations suicidaires et plus de consommation de cigarettes. Chez les garçons ayant été victimes de VRA, il a été possible d'observer cinq ans plus tard davantage de comportements antisociaux, d'idéations suicidaires, ainsi qu'une consommation plus élevée de marijuana [100]. Outre les conséquences sur le plan de la santé physique et de la santé mentale, des conséquences affectant l'adaptation scolaire (ex. : une baisse des résultats, absentéisme scolaire, décrochage) sont aussi répertoriées [93,101].

Notons que différents facteurs peuvent influencer les conséquences de la VRA, dont la cooccurrence des différentes formes de VRA. Rares sont les études qui ont exploré les possibles différences quant aux conséquences en fonction des formes de VRA dont l'adolescent a été victime. Cependant, une étude rétrospective d'Eshelman et Levendosky a été menée auprès de 499 participantes âgées de 19 et 20 ans au sujet des conséquences de la VRA en fonction des formes subies. Elle a rapporté qu'avoir déjà vécu de la VRA psychologique ou sexuelle prédit la dépression ou les troubles de stress post-traumatique, alors qu'avoir vécu de la VRA physique et sexuelle prédit des problèmes de santé [102]. Comparativement aux adolescents impliqués comme victimes ou auteurs de violence verbale seulement, ceux impliqués dans des épisodes de VRA verbale et physique démontrent plus de symptômes physiques, de détresse psychologique et de dépression [96].

La VRA a aussi été associée à un risque de revictimisation ultérieure. Par exemple, dans l'étude menée par Exner-Cortens et ses collaborateurs, tant les filles que les garçons victimes de VRA étaient plus susceptibles que leurs pairs non-victimes de revivre de la VRA cinq ans plus tard [100]. Il faut aussi mentionner que chez les jeunes victimes de VRA qui ont été victimes de traumatismes interpersonnels pendant l'enfance, les conséquences peuvent se trouver amplifiées. Les adolescentes victimes à la fois d'agression sexuelle dans l'enfance et de VRA ont, par exemple, 6 à 7 fois plus de probabilité de présenter des problèmes extériorisés

que celles qui ont soit été uniquement victimes d'une agression sexuelle ou uniquement victimes de VRA [103].

Tableau 5 Principales conséquences de la violence dans les relations amoureuses des jeunes sur la santé

Conséquences immédiates
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blessures physiques (ecchymoses, coupures) ▪ Douleurs physiques ▪ Consultation d'un médecin ▪ Se sentir bouleversé ▪ Avoir peur
Conséquences à moyen et long terme
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentiment de tristesse ▪ Perception plus négative de soi ▪ Détresse psychologique ▪ Symptômes dépressifs et dépression ▪ Idéations suicidaires et tentatives de suicide ▪ Symptômes de stress post-traumatique (violence physique et violence sexuelle) ▪ Consommation d'alcool et de drogues ▪ Conséquences somatiques ▪ Troubles alimentaires ▪ Symptômes physiques
Problèmes d'adaptation ou revictimisation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baisse des résultats scolaires ▪ Absentéisme scolaire ▪ Décrochage ▪ Faible sentiment d'appartenance à l'école ▪ Comportements d'agression et de délinquance ▪ Risque de victimisation ultérieure

En raison de la gravité des conséquences de la VRA sur le développement psychosocial des adolescents victimes, mais également du fait que vivre cette problématique à l'adolescence augmente le risque d'en être victime à l'âge adulte [59,104,105], l'implantation d'approches préventives efficaces est prioritaire. La prochaine section offre un survol des initiatives de prévention dans le domaine de la VRA.

Prévention

La majorité des initiatives de prévention de la VRA, qu'elles constituent des politiques sociales ou des programmes, sont construites de manière à promouvoir des normes sociales (ex. : d'équité de genre), des attitudes (ex. : la désapprobation de la VRA) ou des habiletés (ex. : la recherche d'aide), et à transmettre des connaissances sur la VRA et ses différentes formes. Lavoie, Hébert et Beaulieu-Denault ont répertorié dix types d'initiatives de prévention primaire (ou universelle) de la VRA qui s'adressent soit aux individus (les conférences brèves, les programmes d'autodéfense et les programmes de 2 à 5 rencontres), soit à la communauté (animation pour toute l'école, organisation communautaire, développement des compétences des personnes intervenant auprès des jeunes, utilisation des médias pour véhiculer certaines attitudes, lignes d'écoute téléphonique ou via Internet, politiques institutionnelles). Ces initiatives peuvent comporter une ou plusieurs composantes. Il en ressort que les initiatives de prévention intégrant plusieurs composantes, par exemple des volets s'adressant aux individus et d'autres à la communauté, sont peu nombreuses [106]. La plupart des programmes visent la modification des attitudes et des connaissances des adolescents à l'égard de la VRA. Certains visent, en plus de ces modifications, des changements de comportement de victimisation ou d'agression, alors que d'autres programmes ont quant à eux pour objectif de développer les compétences relationnelles des jeunes. Les programmes courts (1 à 5 séances) sont très populaires et visent habituellement à modifier les attitudes et les connaissances des adolescents au sujet de la VRA [106]. Les programmes plus longs, allant jusqu'à 21 séances, ajoutent comme objectifs l'acquisition d'habiletés ou le développement personnel, ou encore abordent des facteurs de risque associés à la VRA comme la surconsommation d'alcool. La majorité des initiatives dont les retombées ont été évaluées sont des programmes de 2 à 15 séances, la plupart du temps en milieu scolaire.

Programmes destinés à la population générale (universels)

La majorité des programmes de prévention de la VRA mis de l'avant aux États-Unis et au Canada anglais (tableau 6) et au Québec (tableau 7) sont destinés à l'ensemble des jeunes. De Koker et ses collaborateurs ont réalisé une revue systématique des études évaluatives ayant fait appel à des devis expérimentaux, c'est-à-dire des devis qui évaluent l'effet des programmes en mesurant certaines informations avant et après qu'ils soient offerts, qui comprennent des groupes de comparaison, et dont l'assignation des participants est aléatoire. Ils ont identifié six programmes qui ont été développés pour la population des jeunes en général et qui ne ciblent ainsi pas de populations particulières (ex. : les minorités sexuelles ou les victimes d'agression sexuelle, les victimes de VRA ou leurs agresseurs). Ces programmes sont offerts en milieu scolaire et prennent la forme de discussions, de mises en situation ou de jeux de rôles [111]. Même si les jeunes participant à ces programmes développent des connaissances sur la VRA et qu'ils peuvent en arriver à modifier leurs attitudes à son égard [111], seuls les programmes *Safe Dates* [78], *Shifting Boundaries* [108] et un programme canadien *Fourth R: Skills for Youth Relationships* [109] ont provoqué des modifications de comportements chez leurs participants (tableau 6).

Au Québec, à notre connaissance, trois programmes visant la prévention de la VRA ont été évalués en utilisant un devis comportant un groupe de comparaison (tableau 7). Il s'agit du Programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses (ViRAJ), du Programme de prévention et de promotion traitant de la violence dans les relations amoureuses et du harcèlement sexuel (PASSAJ) et du programme SAISIR (Sessions d'ateliers interactifs de sensibilisation, d'information et de réflexion à la problématique de la violence à l'intérieur des relations amoureuses à l'adolescence). Il faut mentionner que d'autres programmes sont largement diffusés au Québec, notamment la trousse *Premières amours* [112]. Par ailleurs, certains programmes visent plus spécifiquement la prévention de la violence sexuelle, et abordent des contenus liés à la violence sexuelle en contexte de relations amoureuses [113, 114]. La réflexion sur les programmes de prévention universelle pourra être poursuivie en consultant des méta-analyses et recensions disponibles qui permettront de mieux saisir les enjeux dans la mise sur pied de tels programmes [115–122].

Tableau 6 Description des programmes de prévention canadiens et américains

Nom du programme	Brève description du programme	Résultats
Safe Dates [78]	<ul style="list-style-type: none"> Objectifs : modifier les normes associées à la VRA, diminuer les stéréotypes liés au genre et améliorer les habiletés de résolution de conflits [107]. 	<ul style="list-style-type: none"> Chez les élèves de huitième et neuvième année en milieu rural ayant participé à <i>Safe Dates</i>, une diminution significative de la violence perpétrée (psychologique, physique modérée et sexuelle) a été rapportée 1 mois, 1 an, 2 ans, 3 ans et 4 ans après qu'ils aient participé à l'intervention. Toutefois, en ce qui concerne la victimisation, seul un effet sur la violence physique modérée a été observé à tous les temps de mesure [78].
Shifting Boundaries [108]	<ul style="list-style-type: none"> Objectifs : promouvoir les saines relations amoureuses et sensibiliser les participants aux conséquences légales liées à la perpétration de la VRA [108]. 	<ul style="list-style-type: none"> L'évaluation auprès de jeunes de sixième et de septième année montre que le programme permet de diminuer la fréquence de la perpétration de la violence sexuelle et de la VRA en général (sans égard aux formes).
Fourth R: Skills for Youth Relationships [109]	<ul style="list-style-type: none"> Objectifs : sensibiliser les jeunes aux conséquences en matière de VRA et aux décisions liées à la sexualité, et développer des habiletés de résolution de problèmes interpersonnels [109]. 	<ul style="list-style-type: none"> Deux ans et demi après son implantation, le programme a engendré une diminution des comportements de perpétration de violence physique chez ses participants de neuvième année, mais seulement chez les garçons (les autres types de perpétration et la victimisation n'ont pas été analysés) [109]. L'implantation de ce programme aux États-Unis n'a pas permis d'obtenir des conclusions similaires. La participation au programme n'a pas modifié la violence psychologique, physique ou sexuelle vécue ou perpétrée des adolescents, ni les attitudes des jeunes à l'égard de la VRA. Seuls les jeunes à risque, c'est-à-dire déjà impliqués dans la violence, ont vu leurs comportements de VRA diminuer [110].

Tableau 7 Description des programmes de prévention québécois

Nom du programme	Brève description du programme	Résultats
<p>Programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses (ViRAJ) [1]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objectif : sensibiliser les adolescents à différentes formes de violence dans les relations amoureuses. ▪ Clientèle : adolescents de 14-15 ans. ▪ Stratégie pédagogique : théâtre forum. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans sa version d’origine, le programme ViRAJ a fait l’objet de deux évaluations, la dernière recourant à un devis quasi expérimental avec groupe de comparaison, ainsi que d’une analyse qualitative qui concluait à son efficacité à modifier les attitudes [123]. Les participants au programme ViRAJ, dans sa version de 2009, ont vu leurs attitudes de désapprobation à l’égard de la VRA et leurs connaissances sur la VRA augmenter en comparaison au groupe contrôle [124,125]. Toutefois, le programme n’a pas permis d’augmenter leur sentiment d’efficacité personnelle à résoudre les problèmes interpersonnels en situation de couple.
<p>Programme de prévention et de promotion traitant de la violence dans les relations amoureuses et du harcèlement sexuel (PASSAJ) [126]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objectif : sensibiliser au contrôle, au harcèlement sexuel et à la violence sexuelle. ▪ Clientèle : adolescents de 16-17 ans. ▪ Stratégie pédagogique : mises en situation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les participants du programme PASSAJ – des élèves d’écoles de quatre régions du Québec – ont vu leurs attitudes à l’égard du harcèlement sexuel et de la VRA devenir plus défavorables, et leurs connaissances sur le sujet augmenter. Le programme a aussi permis aux participants de se sentir plus outillés pour intervenir dans des situations de VRA, de diminuer la fréquence de leurs comportements de harcèlement sexuel (mesurée seulement chez les garçons), ainsi que, chez les filles seulement, leur victimisation sexuelle et leur perpétration de violence sexuelle [127,128]. Même si la modification des attitudes et l’augmentation du sentiment d’efficacité personnelle à agir ont été maintenues un an après la participation au programme, les connaissances acquises ont diminué, tout en demeurant à un niveau supérieur à celui qui les caractérisait avant leur participation.
<p>SAISIR [129]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaboré par une maison d’hébergement pour femmes violentées de la Gaspésie. ▪ Objectif : accompagner les adolescents afin qu’ils développent une attitude mature et responsable à l’égard de la VRA. ▪ Clientèle : adolescents de 14-16 ans. ▪ Stratégie pédagogique : jeu collectif en classe. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L’évaluation a démontré que, comparativement à un groupe contrôle, les participants de SAISIR ont acquis plus de connaissances au sujet de la VRA et une attitude plus négative à son égard. Ces résultats se sont maintenus un mois après l’intervention. De plus, les attitudes des participants de SAISIR envers les victimes étaient plus favorables, et ils étaient plus portés à agir dans des situations de violence (ces modifications ont été mesurées chez les participants à l’aide de vignettes) [129].

Programmes destinés à des populations spécifiques

Certains programmes, quoique moins nombreux, s'adressent à des populations particulières. Ainsi, le programme *Youth Relationship Project*, inspiré des premiers travaux de Wolfe, a été évalué auprès de jeunes de 14 à 16 ans desservis par les services sociaux et qui ont vécu une forme de maltraitance dans l'enfance. L'évaluation révèle que les participants ayant été exposés au programme ont réduit leurs comportements de victimisation psychologique et physique à l'égard de leurs partenaires (la violence sexuelle n'ayant pas à ce jour été évaluée). De plus, les filles et les garçons ayant participé au programme étaient respectivement 3,2 fois et 1,9 fois moins à risque de perpétrer de la violence physique que ceux qui n'y avaient pas participé. Cependant, l'attrition (ou absentéisme) des groupes étudiés a été une limite importante qui pourrait surestimer ces impacts [130].

Le programme *Expect Respect* a pour objectif de promouvoir les saines relations amoureuses et d'augmenter le soutien des pairs. Il consiste en des groupes de soutien distincts pour les garçons et les filles, et est offert pendant 24 semaines dans les écoles pour joindre des jeunes considérés à risque. Une évaluation réalisée auprès de 144 jeunes victimes de violence (exposés à la violence conjugale, victimes de mauvais traitements, de VRA, d'intimidation ou de harcèlement sexuel) a montré qu'en y participant, ces jeunes avaient amélioré leur capacité à résoudre sagement leurs conflits en couple, tel qu'autorapporté et rapporté par leur partenaire ou un ami proche. Toutefois, il n'a pas eu d'effet sur la perpétration ou la victimisation de la VRA [131].

Le *Violence Prevention Mentoring Program* est quant à lui destiné aux adolescents ayant été judiciairisés pour des délits de nature violente. Son évaluation a soutenu que comparativement à un groupe contrôle, les jeunes qui y participaient augmentaient leurs connaissances au sujet de la VRA, mais ne modifiaient pas leurs attitudes à son sujet [132]. *Building a Lasting Love* est quant à lui un programme destiné à réduire la victimisation auprès des adolescentes d'origine afro-américaine qui reçoivent des services d'accompagnement pour une grossesse. Son efficacité a été évaluée auprès de 72 participantes (âge moyen = 17,15), qui ont été aléatoirement affectées à un groupe recevant l'intervention ou à une liste d'attente (groupe contrôle). Ce programme a permis à ses participantes de réduire leur perpétration de VRA psychologique auprès du père de leur futur enfant, ainsi que leur victimisation pour de la VRA physique sévère [133].

Notons aussi que le programme *Safe Dates* a été adapté afin de répondre aux besoins spécifiques d'une clientèle vulnérable, soit des jeunes ayant été exposés à la violence conjugale. Plusieurs activités étaient offertes à des dyades mères-filles : une pièce de théâtre présentée par les pairs, 10 ateliers de 45 minutes offerts par les enseignants en santé et éducation physique, ainsi qu'un concours d'affiches. Le programme a permis à celles qui avaient été fortement exposées à la violence conjugale de réduire leur victimisation pour de la violence physique et psychologique, ainsi que leur perpétration de violence psychologique et de cyberviolence. Le programme n'a cependant pas eu d'effets sur la victimisation et la perpétration sexuelle, ainsi que sur la cybervictimisation [134].

Intervenir sur les trajectoires violentes et de victimisation

Bon nombre d'études montrent que l'adolescence est une période propice pour prévenir la cristallisation de la VRA [50,115,135], notamment parce que c'est à cette période de la vie que s'amorcent les relations de nature intime [136] et que se développent les stratégies de résolution de conflits dans le contexte des relations intimes.

Les programmes de prévention permettraient d'interrompre la trajectoire de violence des jeunes en modifiant leurs attitudes à l'égard de la VRA. Les différents modèles proposés dans la littérature supposent que de modifier ses attitudes et ses connaissances à l'égard d'un problème peut ultimement engendrer des modifications de comportement. L'évaluation du programme *Safe Dates* est l'une des rares à avoir mesuré des variables permettant de mieux comprendre les mécanismes par lequel un programme de prévention

modifie les comportements des adolescents. Elle a révélé que la diminution de la perpétration de la VRA était occasionnée par une diminution de son acceptation [78]. Ainsi, il pourrait être possible de prédire les comportements de VRA des adolescents à partir des attitudes qu'ils adoptent à son sujet [137]. Malgré que cette hypothèse soit soutenue par plusieurs études transversales [70]*, [82], les conclusions des études longitudinales à ce sujet demeurent inconstantes [74,80].

On s'intéresse de plus en plus à offrir des programmes à des jeunes dès le primaire. Comme mentionné précédemment, Taylor et ses collaborateurs ont testé le programme *Shifting Boundaries* auprès de préadolescents (c.-à-d. des jeunes âgés de 10 à 13 ans) et ont montré qu'il permettait de diminuer les comportements de victimisation pour le harcèlement sexuel et la violence sexuelle en contexte de relation amoureuse. Toutefois, il n'aurait pas d'impact sur la perpétration de ces deux formes de violence [138].

Autres initiatives

Dans cette section, d'autres initiatives seront abordées : les programmes visant à outiller de potentiels témoins de VRA, les initiatives ciblant la communauté extérieure à l'école, le développement du leadership des jeunes dans la prévention de la VRA, et l'élaboration d'outils utilisant les nouvelles technologies.

Programmes ciblant les témoins de VRA : Certains programmes de prévention de la VRA et de la violence sexuelle s'adressent spécifiquement aux témoins de la VRA et ont été répertoriés par Storer et ses collaborateurs. Ces programmes sont jugés prometteurs puisqu'ils ont pour objectif d'accroître la probabilité que les gestes de violence soient interrompus par un tiers, et d'augmenter le nombre de pairs et de membres de la communauté qui désapprouvent les comportements agressifs ou irrespectueux envers les femmes (Storer et collab., 2016), incluant en contexte amoureux. Ils durent entre 1 et 20 heures, et la plupart sont offerts en une séance de 1,5 heure ou moins. Cependant, la majorité des programmes destinés aux témoins visent la prévention de la violence sexuelle uniquement (pas nécessairement en contexte de VRA). Seuls deux programmes recensés – *Mentors in Violence Prevention* (Katz, Heisterkamp, et Fleming, 2011) et *Bringing in the Bystander* (Moynihan, Banyard, Arnold, Eckstein, et Stapleton, 2011) – visent la prévention de la VRA, incluant la violence sexuelle. Dix des 12 études recensées ayant mesuré l'intention des adolescents à intervenir lorsqu'ils sont témoins de VRA ont montré une augmentation significative de leur intention. Cependant, la majorité des études qui ont mesuré les comportements autorapportés des témoins de violence, et ce, avant et après qu'ils aient participé au programme, n'ont pas observé de changements significatifs à cet égard. De plus, les résultats sur la modification des croyances des adolescents au sujet du viol sont mitigés; seule la moitié des études ont rapporté un changement significatif [139]. Au Québec, seul le programme PASSAJ vise les adolescents qui peuvent être témoins de cette violence [140].

Programmes ciblant la communauté : Implanter des programmes visant à modifier l'environnement d'une communauté ou à prévenir la VRA auprès d'une population entière (ex. : les résidents d'un quartier) – plutôt que d'outiller uniquement les victimes ou les agresseurs – pourrait avoir d'importantes retombées, malgré les défis que leur implantation et leur évaluation imposent [141]. Ces programmes pourraient constituer des initiatives locales de promotion des relations saines et égalitaires, des animations de prévention visant une population entière (ex. : toute une école), le développement des compétences des adultes intervenants auprès des jeunes, de leurs parents ou la mise en place de politiques institutionnelles [106]. Malgré tout, la communauté dans laquelle évolue l'adolescent est généralement peu impliquée dans les programmes de prévention [142]. Le programme *Coaching Boys into Men* fait exception : il s'agit d'une formation d'une heure donnée à des entraîneurs de jeunes athlètes masculins afin que ces derniers puissent par la suite offrir un programme sous forme de 11 brèves discussions de 10 minutes. Son évaluation par un devis expérimental indique une efficacité à augmenter les intentions d'agir comme témoin [143]. Par ailleurs, certains programmes, même s'ils sont offerts en milieu scolaire, ajoutent des activités pour la communauté extérieure. Deux programmes recensés – *Safe Dates* [55,78] et *Fourth R* [109] – incluent un travail auprès de la communauté, soit par des services offerts à la victime, une séance d'information pour les parents, ou un livre décrivant comment impliquer les parents et la communauté pour prévenir la VRA.

Le développement du leadership des jeunes dans la prévention de la VRA : Le leadership des jeunes dans la prévention de la VRA est rarement visé et encore plus rarement évalué, alors qu'il serait logique d'investir en son potentiel. Au Canada, le programme *Making Waves* du Nouveau-Brunswick inclut dans ses activités la formation d'étudiants leaders et animateurs [120]. Cette composante n'a cependant pas été formellement évaluée. Une évaluation de l'implication des jeunes dans des dyades de pairs aidants dans le programme *Teach One Reach One* a, quant à elle, montré une diminution de l'acceptation de la VRA [144]. Développer des programmes qui impliquent les jeunes de manière plus active pourrait ainsi s'avérer être une avenue prometteuse. C'est d'ailleurs ce que vise l'approche École en santé implantée dans les institutions scolaires du Québec [145].

Programmes axés sur l'utilisation des nouvelles technologies : Certaines initiatives s'inscrivant dans une approche novatrice centrée sur le jeu se développent peu à peu, facilitées par les avancées technologiques. Elles demeurent toutefois encore peu nombreuses et rares sont celles qui ont été évaluées. Par exemple, le *Green Acres High* est un jeu électronique en cinq tableaux qui a été développé pour augmenter la sensibilisation des adolescents à la VRA, ainsi que pour modifier leurs attitudes à son sujet. Une étude menée par Bowen et ses collaborateurs auprès de 13 adolescents de 9^e et de 10^e année participant à des groupes de discussion (*focus group*) a exploré leur appréciation. Elle a révélé que leur expérience d'apprentissage était positive, malgré certaines lacunes du jeu sur le plan technique [146]. Cependant, l'efficacité de ce programme n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation. Le programme *It's Your Game: Keep It Real* se déroule quant à lui en 24 sessions d'activités à l'ordinateur au sein du milieu scolaire en présence d'intervenants, et en six activités parent-adolescent à la maison. L'étude menée par Peskin et ses collaborateurs pour l'évaluer a démontré que comparativement aux élèves qui n'ont pas participé au programme, ceux qui l'ont fait ont vu leur victimisation physique et psychologique diminuer, tout comme leur perpétration de violence psychologique. Ces résultats se sont maintenus deux ans après qu'ils y aient participé [147].

Augmenter l'accessibilité des programmes en offrant un accès en ligne est une initiative prometteuse qui pourrait diminuer les coûts associés à la prévention, en plus de permettre à des populations d'obtenir des services auxquels ils auraient pu ne pas avoir accès autrement (ex. : les résidents de régions éloignées ou les jeunes ne fréquentant pas l'école). Toutefois, les offrir en libre accès et sans accompagnement pourrait comporter certains risques, puisque les effets de ces programmes sont souvent méconnus et qu'il est possible que les participants qui ressentiraient un inconfort psychologique pendant ou après y avoir participé ne reçoivent pas les services de soutien appropriés au moment opportun. Ainsi, l'évaluation des programmes en ligne devrait précéder l'implantation, et des mesures de soutien devraient être prévues pour répondre en temps réel aux besoins que pourraient éprouver les jeunes qui y participent.

Au Québec, il est difficile de répertorier toutes les initiatives de prévention de la VRA, en particulier celles associées au nouveau projet provincial d'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Nous attirons toutefois l'attention sur les récentes avancées technologiques, qui imposent non seulement des changements dans les définitions des formes que peut prendre la VRA, mais qui posent également de nouveaux défis en matière de prévention. En effet, la disponibilité d'une multitude de plateformes interactives de transmission de l'information, ainsi que la vitesse à laquelle ces informations circulent (ex. : par les médias sociaux ou la messagerie instantanée) modifient la manière d'entrer en relation et l'accès aux connaissances dans le contexte de la prévention. Par exemple, alors que les campagnes publicitaires traditionnelles (ex. : *Parler c'est grandir*, portant sur la prévention de l'agression sexuelle chez les jeunes au Québec) ont souvent eu des retombées limitées [148], on peut penser que l'essor de l'utilisation des réseaux sociaux pourrait modifier cette situation. De plus, des programmes intégrant des composantes multimédias interactives ont récemment vu le jour au Québec. Par exemple, le programme *Les couloirs de la violence amoureuse*, développé par un organisme communautaire du Lac-Saint-Jean en partenariat avec la Sûreté du Québec et la commission scolaire de cette région, vise à prévenir la VRA auprès des adolescents de 15 et 16 ans. Par leur passage dans un labyrinthe interactif, ce programme permet aux adolescents d'être témoins de l'évolution de la vie d'un couple et d'être exposés à des situations mettant en scène des habiletés comportementales visant à mettre fin au cycle de la VRA [149].

En somme, d'importantes avancées ont été réalisées quant à l'identification des différents facteurs de risque liés à la VRA, et plusieurs initiatives de prévention ont été implantées auprès des populations concernées. Certaines de ces initiatives ont été soumises à des évaluations, mais il apparaît pertinent de favoriser l'évaluation des effets à court et à long termes des programmes existants en utilisant des devis expérimentaux. De plus, ces études d'efficacité doivent être complétées par des études s'attardant aux modalités de diffusion et d'adaptation aux contraintes de divers milieux [150]. Par ailleurs, nous disposons actuellement de peu de programmes pour des groupes particuliers (populations autochtones, jeunes des minorités sexuelles, victimes de violence interpersonnelle pendant l'enfance), et il faudra innover au cours des prochaines années afin d'en favoriser l'implantation. Il faudra également soutenir l'amélioration des programmes disponibles et les méthodes émergentes susceptibles de répondre aux besoins des jeunes et des milieux dans lesquels ils évoluent. Au Québec, nous disposons de plusieurs informations pour contribuer à la bonification des interventions préventives visant la réduction de la violence au sein des relations amoureuses. Retenons que ce sont des efforts concertés – touchant plusieurs niveaux écologiques – et implantés dans des conditions optimales (intensité, durée) qui sont un gage d'amélioration, et non pas des interventions isolées et partielles.

Il sera également essentiel au cours des prochaines années de renforcer la recherche longitudinale, de soutenir la réalisation de méta-analyses, et de donner de meilleurs moyens à la recherche évaluative sur les interventions. Il serait aussi important d'encourager la formation des intervenants, ainsi que le développement ou l'adaptation d'outils encore peu ou non disponibles au Québec, mais qui semblent prometteurs.

Finalement, notons que ce chapitre n'a pu couvrir certains thèmes, en particulier la recherche qualitative mettant en valeur la parole des jeunes et des intervenants, la cyberintimidation au sein des couples, ainsi que l'approche d'intersectionnalité permettant de tenir compte en même temps de l'appartenance à diverses catégories sociales (genre, groupe ethnique, statut d'immigration, orientation sexuelle, niveau socioéconomique) afin de cerner les enjeux face à la prise de contrôle en situation de relation amoureuse. Les obstacles à la demande d'aide ou à la mise sur pied de programmes n'ont pas non plus été abordés alors qu'ils constituent un frein important au changement individuel et social.

Références

- [1] Lavoie F. et collab. ViRAJ : Programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes et de promotion des relations égalitaires. Deuxième édition révisée. Québec : Université Laval, 2009.
- [2] Gouvernement du Québec. Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer. Québec : Gouvernement du Québec, 1995.
- [3] Lavoie F., Vézina L. « Violence dans les relations amoureuses à l'adolescence ». In : Enq. Soc. Santé Auprès Enfants Adolesc. Qué. Ste-Foy : Institut de la statistique du Québec, 1999. p. 471-484.
- [4] Gouvernement du Québec. Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister et contrer la violence conjugale. Québec : Gouvernement du Québec, 2012.
- [5] Bernèche F. La violence dans les relations amoureuses chez les jeunes : des liens avec certains comportements à risque?. [En ligne]. Institut de la statistique du Québec, 2014. (Zoom santé). Disponible sur : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201405-44.pdf>
- [6] Ministère de la Justice Canada. Family Violence: Department of Justice Canada Overview Paper. [En ligne]. 2009. Disponible sur : http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/ju/justice/J2-355-2009E.pdf (consulté le 7 mars 2017)
- [7] U.S. Senator Mike Crapo. « Teen Dating Violence Awareness and Prevention Week ». In : US Senator Mike Crapo [En ligne]. 2013. Disponible sur : <https://www.crapo.senate.gov/media/newsreleases/crapo-announces-national-teen-dating-violence-awareness-and-prevention-week> (consulté le 13 mars 2017)
- [8] Sugarman D. B., Hotaling G. T. « Dating violence: Prevalence, context and risk markers ». In : Pirog-Good M, Stets J (éd.). Violence Dating Relatsh. Emerg. Soc. Issues [En ligne]. Westport, CT, US : Praeger Publishers, 1989. p. 3-32. Disponible sur : <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=118348>
- [9] Heise L., Garcia-Moreno C. « La violence exercée par des partenaires intimes ». In : Krug EG et collab. (éd.). Rapp. Mond. Sur Violence Santé [En ligne]. Organisation mondiale de la santé, 2002. p. 87-121. Disponible sur : http://cdrwww.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introdr.pdf
- [10] Saltzman L. E. et collab. Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, version 1.0. [En ligne]. Atlanta : National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/intimate-partner-violence.pdf>
- [11] Zweig J. M. et collab. « Correlates of cyber dating abuse among teens ». J. Youth Adolesc. [En ligne]. 2014. Vol. 43, n°8, p. 1306-1321. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10964-013-0047-x>
- [12] Van Ouytsel J., Ponnet K., Walrave M. « Cyber Dating Abuse Victimization Among Secondary School Students From a Lifestyle-Routine Activities Theory Perspective ». J. Interpers. Violence [En ligne]. 2016. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0886260516629390>
- [13] Centers for Disease Control and Prevention. « Teen Dating Violence ». In : Cent. Dis. Control Prev. [En ligne]. 2017. Disponible sur : https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/teen_dating_violence.html (consulté le 17 février 2017)
- [14] Blais M. et collab. « Dating Violence among Sexual-Minority Youth (SMY) in the Western World ». In : Overcoming Domest. Violence Creat. Dialogue Vulnerable Popul. [En ligne]. Hauppauge, NY, US : Nova Science Publishers, 2014. p. 67-84. Disponible sur : https://www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?products_id=52843
- [15] Klipfel K. M., Claxton S. E., Van Dulmen M. H. M. « Interpersonal aggression victimization within casual sexual relationships and experiences ». J. Interpers. Violence [En ligne]. 2014. Vol. 29, n°3, p. 557-569. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0886260513505207>
- [16] Boislard M. A., Van de Bongardt D. « Le développement sexuel à l'adolescence ». In : Hébert M, Fernet M, Blais M (éd.). Sex. Chez Enfant Adolesc. Paris : 2017. p. 39-81.
- [17] Simon V. A., Furman W. « Interparental Conflict and Adolescents' Romantic Relationship Conflict ». J. Res. Adolesc. Off. J. Soc. Res. Adolesc. 2010. Vol. 20, n°1, p. 188-209.
- [18] Laursen B., Finkelstein B. D., Betts N. T. « A Developmental meta-analysis of peer conflict resolution ». Dev. Rev. janvier 2001. Vol. 21, n°4, p. 423-49.
- [19] Tuval-Mashiach R., Shulman S. « Resolution of Disagreements Between Romantic Partners, Among Adolescents, and Young Adults: Qualitative Analysis of Interaction Discourses ». J. Res. Adolesc. [En ligne]. 2006. Vol. 16, n°4, p. 561-588. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2006.00508.x>
- [20] Shulman S. et collab. « Romantic attraction and conflict negotiation among late adolescent and early adult romantic couples ». J. Adolesc. [En ligne]. 2008. Vol. 31, n°6, p. 729-745. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.02.002>

- [21] Harper M. S., Welsh D. P. « Keeping quiet: Self-silencing and its association with relational and individual functioning among adolescent romantic couples ». *J. Soc. Pers. Relatsh.* [En ligne]. 2007. Vol. 24, n°1, p. 99-116. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0265407507072601>
- [22] Black B. M. et collab. « Parents' Awareness of and Anticipated Responses to Their Teens' Reports of Dating Violence ». *J. Fam. Soc. Work* [En ligne]. 2015. Vol. 18, n°1, p. 3-20. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/10522158.2014.968941>
- [23] Hébert M., Blais M., Lavoie F. « Prevalence of teen dating victimization among a representative sample of high school students in Quebec ». *Int. J. Clin. Health Psychol.* [En ligne]. 1 septembre 2017. Vol. 17, n°3, p. 225-233. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.06.001>
- [24] Traoré I., Riberdy H., Pica L. A. « Violence et problèmes de comportement ». In : *L'Enquête Québécoise Sur Santé Jeunes Second. 2010-2011 Visage Jeunes D'aujourd'hui Leur Santé Ment.* Leur Adapt. Soc. Tome 2. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2013. p. 81-110.
- [25] Fiske S. *Psychologie sociale.* De Boeck Supérieur, 2008. 768 p.
- [26] Pica L. A. et collab. *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui: leur santé mentale et leur adaptation sociale, Tome 2.* [En ligne]. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2013. Disponible sur : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/adaptation-sociale/sante-jeunes-secondaire2.pdf>
- [27] Hébert M. et collab. « A three-step gendered latent class analysis on dating victimization profiles ». soumiss.
- [28] Institut de la statistique du Québec. *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 010-2011. Tome 2 - Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale.* Québec : Institut de la statistique du Québec, 2013.
- [29] Wincentak K., Connolly J., Card N. « Teen Dating Violence: A Meta-Analytic Review of Prevalence Rates ». *Psychol. Violence* [En ligne]. 2016. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/a0040194>
- [30] Leen E. et collab. « Prevalence, dynamic risk factors and the efficacy of primary interventions for adolescent dating violence: An international review ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. 2013. Vol. 18, n°1, p. 159-174. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.015>
- [31] Niolon P. H. et collab. « Prevalence of teen dating violence and co-occurring risk factors among middle school youth in high-risk urban communities ». *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* [En ligne]. 2015. Vol. 56, n°2 Suppl 2, p. S5-13. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.07.019>
- [32] Temple J. R. et collab. « The Temporal Association Between Traditional and Cyber Dating Abuse Among Adolescents ». *J. Youth Adolesc.* [En ligne]. 2016. Vol. 45, n°2, p. 340-349. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0380-3>
- [33] Stonard K. E. et collab. « The relevance of technology to the nature, prevalence and impact of Adolescent Dating Violence and Abuse: A research synthesis ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. 2014. Vol. 19, n°4, p. 390-417. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.06.005>
- [34] Howard D. E., Debnam K. J., Wang M. Q. « Ten-Year Trends in Physical Dating Violence Victimization Among US Adolescent Females ». *J. Sch. Health* [En ligne]. 2013. Vol. 83, n°6, p. 389-399. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/josh.12042>
- [35] Vézina J., Hébert M. « Risk factors for victimization in romantic relationships of young women: a review of empirical studies and implications for prevention ». *Trauma Violence Abuse* [En ligne]. 2007. Vol. 8, n°1, p. 33-66. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1524838006297029>
- [36] Foshee V. A., Reyes H. L. M. « Dating Abuse: Prevalence, Consequences, and Predictors ». In : *Levesque RJR (éd.) Encycl. Adolesc.* [En ligne]. Springer New York, 2011. p. 602-615. Disponible sur : http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4419-1695-2_51
- [37] East P. L., Hokoda A. « Risk and protective factors for sexual and dating violence victimization: a longitudinal, prospective study of Latino and African American adolescents ». *J. Youth Adolesc.* [En ligne]. 2015. Vol. 44, n°6, p. 1288-1300. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0273-5>
- [38] Magdol L. et collab. « Developmental antecedents of partner abuse: a prospective-longitudinal study ». *J. Abnorm. Psychol.* 1998. Vol. 107, n°3, p. 375-389.
- [39] O'Donnell L. et collab. « Middle School Aggression and Subsequent Intimate Partner Physical Violence ». *J. Youth Adolesc.* [En ligne]. 2006. Vol. 35, n°5, p. 693-703. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9086-x>
- [40] Williams T. S. et collab. « Risk models of dating aggression across different adolescent relationships: a developmental psychopathology approach ». *J. Consult. Clin. Psychol.* [En ligne]. 2008. Vol. 76, n°4, p. 622-632. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.622>
- [41] Ehrensaft M. K. et collab. « Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study ». *J. Consult. Clin. Psychol.* 2003. Vol. 71, n°4, p. 741-753.
- [42] Morris A. M., Mrug S., Windle M. « From Family Violence to Dating Violence: Testing a Dual Pathway Model ». *J. Youth Adolesc.* [En ligne]. 2015. Vol. 44, n°9, p. 1819-1835. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0328-7>
- [43] Cleveland H. H., Herrera V. M., Stuewig J. « Abusive Males and Abused Females in Adolescent Relationships: Risk Factor Similarity and Dissimilarity and the Role of Relationship Seriousness ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. 2003. Vol. 18, n°6, p. 325-339. Disponible sur : <https://doi.org/10.1023/A:1026297515314>

- [44] Brooks-Russell A., Foshee V. A., Ennett S. T. « Predictors of latent trajectory classes of physical dating violence victimization ». *J. Youth Adolesc.* [En ligne]. 2013. Vol. 42, n°4, p. 566-580. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9876-2>
- [45] Foshee V. A. et collab. « Longitudinal predictors of serious physical and sexual dating violence victimization during adolescence ». *Prev. Med.* [En ligne]. 2004. Vol. 39, n°5, p. 1007-1016. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.04.014>
- [46] Raiford J. L., Wingood G. M., Diclemente R. J. « Prevalence, incidence, and predictors of dating violence: a longitudinal study of African American female adolescents ». *J. Womens Health* [En ligne]. 2007. Vol. 16, n°6, p. 822-832. Disponible sur : <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.0002>
- [47] Hébert M. et collab. Longitudinal associations between child sexual abuse, post-traumatic stress symptoms and revictimization in adolescent dating relationships. 2016.
- [48] Maas C. D. et collab. « Childhood predictors of teen dating violence victimization ». *Violence Vict.* 2010. Vol. 25, n°2, p. 131-149.
- [49] Vézina J. et collab. « History of family violence, childhood behavior problems, and adolescent high-risk behaviors as predictors of girls' repeated patterns of dating victimization in two developmental periods ». *Violence Women* [En ligne]. 2015. Vol. 21, n°4, p. 435-459. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077801215570481>
- [50] Arriaga X. B., Foshee V. A. « Adolescent dating violence: do adolescents follow in their friends', or their parents', footsteps? ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. 2004. Vol. 19, n°2, p. 162-184. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0886260503260247>
- [51] Lichter E., McCloskey L. « The Effects of Childhood Exposure to Marital Violence on Adolescent Gender-Role Beliefs and Dating Violence ». *Psychol. Women Q.* 2004. Vol. 28, n°4, p. 344-357.
- [52] Chiodo D. et collab. « Impact of sexual harassment victimization by peers on subsequent adolescent victimization and adjustment: a longitudinal study ». *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* [En ligne]. 2009. Vol. 45, n°3, p. 246-252. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.01.006>
- [53] Vézina J. et collab. « Risky lifestyle as a mediator of the relationship between deviant peer affiliation and dating violence victimization among adolescent girls ». *J. Youth Adolesc.* [En ligne]. 2011. Vol. 40, n°7, p. 814-824. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9602-x>
- [54] Kaestle C. E., Halpern C. T. « Sexual intercourse precedes partner violence in adolescent romantic relationships ». *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* [En ligne]. 2005. Vol. 36, n°5, p. 386-392. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.02.030>
- [55] Foshee V. A. et collab. « The Synergy of Family and Neighborhood on Rural Dating Violence Victimization ». *Am. J. Prev. Med.* [En ligne]. 2015. Vol. 49, n°3, p. 483-491. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.06.005>
- [56] Connolly J. et collab. « Developmental trajectories of romantic stages and associations with problem behaviours during adolescence ». *J. Adolesc.* [En ligne]. 2013. Vol. 36, n°6, p. 1013-1024. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.08.006>
- [57] Ferguson C. J. et collab. « A longitudinal test of video game violence influences on dating and aggression: a 3-year longitudinal study of adolescents ». *J. Psychiatr. Res.* [En ligne]. 2012. Vol. 46, n°2, p. 141-146. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.10.014>
- [58] Foster H., Hagan J., Brooks-Gunn J. « Age, puberty, and exposure to intimate partner violence in adolescence ». *Ann. N. Y. Acad. Sci.* [En ligne]. 2004. Vol. 1036, n°1, p. 151-166. Disponible sur : <https://doi.org/10.1196/annals.1330.009>
- [59] Gómez A. « Testing the Cycle of Violence Hypothesis: Child Abuse and Adolescent Dating Violence as Predictors of Intimate Partner Violence in Young Adulthood ». *Youth Soc.* [En ligne]. 2011. Vol. 43, n°1, p. 171-192. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0044118X09358313>
- [60] Hébert M. et collab. « Child Sexual Abuse as a Risk Factor for Teen Dating Violence: Findings from a Representative Sample of Quebec Youth ». *J. Child Adolesc. Trauma* [En ligne]. 2017. Vol. 10, n°1, p. 51-61. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0119-7> (consulté le 27 avril 2017)
- [61] Hébert M. et collab. « Agression sexuelle et violence dans les relations amoureuses : Le rôle médiateur du stress post-traumatique ». *Criminologie.* 2017. Vol. 50, n°1, p. 157-179.
- [62] Hamby S., Finkelhor D., Turner H. « Teen dating violence: Co-occurrence with other victimizations in the National Survey of Children's Exposure to Violence (NatSCEV) ». *Psychol. Violence* [En ligne]. 2012. Vol. 2, n°2, p. 111-124. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/a0027191>
- [63] Garthe R. C., Sullivan T. N., McDaniel M. A. « A Meta-Analytic Review of Peer Risk Factors and Adolescent Dating Violence ». *Psychol. Violence* [En ligne]. 2016. Disponible sur : <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/vio0000040>
- [64] Hébert M. et collab. « A meta-analysis of risk and protective factors for dating violence victimization: The role of family and peer interpersonal context ». *Trauma Violence Abuse.* 2017. p. 1-17.
- [65] Jain S. et collab. « Neighborhood predictors of dating violence victimization and perpetration in young adulthood: a multilevel study ». *Am. J. Public Health* [En ligne]. 2010. Vol. 100, n°9, p. 1737-1744. Disponible sur : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.169730>

- [66] Johnson R. M. et collab. « Neighborhood Factors and Dating Violence Among Youth: A Systematic Review ». *Am. J. Prev. Med.* [En ligne]. 2015. Vol. 49, n°3, p. 458-466. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.05.020>
- [67] Connolly J. et collab. « The Ecology of Adolescent Dating Aggression: Attitudes, Relationships, Media Use, and Socio-Demographic Risk Factors ». *J. Aggress. Maltreatment Trauma* [En ligne]. 2010. Vol. 19, n°5, p. 469-491. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/10926771.2010.495028>
- [68] Tschann J. M. et collab. « Nonviolent Aspects of Interparental Conflict and Dating Violence Among Adolescents ». *J. Fam. Issues* [En ligne]. 2009. Vol. 30, n°3, p. 295-319. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0192513X08325010>
- [69] Foshee V. A., Reyes H. L. M., Ennett S. T. « Examination of Sex and Race Differences in Longitudinal Predictors of the Initiation of Adolescent Dating Violence Perpetration ». *J. Aggress. Maltreatment Trauma* [En ligne]. 2010. Vol. 19, n°5, p. 492-516. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/10926771.2010.495032>
- [70] McCloskey L., Lichter E. « The Contribution of Marital Violence to Adolescent Aggression Across Different Relationships ». *J. Interpers. Violence*. 2003. Vol. 18, n°4, p. 390-412.
- [71] Brendgen M. et collab. « Reactive and Proactive Aggression: Predictions to Physical Violence in Different Contexts and Moderating Effects of Parental Monitoring and Caregiving Behavior ». *J. Abnorm. Child Psychol.* [En ligne]. 2001. Vol. 29, n°4, p. 293-304. Disponible sur : <https://doi.org/10.1023/A:1010305828208>
- [72] Capaldi D. M., Clark S. « Prospective family predictors of aggression toward female partners for at-risk young men ». *Dev. Psychol.* 1998. Vol. 34, n°6, p. 1175-1188.
- [73] Simons R. L., Lin K.-H., Gordon L. C. « Socialization in the Family of Origin and Male Dating Violence: A Prospective Study ». *J. Marriage Fam.* [En ligne]. 1998. Vol. 60, n°2, p. 467-478. Disponible sur : <https://doi.org/10.2307/353862>
- [74] Foshee V. A. et collab. « Gender differences in the longitudinal predictors of adolescent dating violence ». *Prev. Med.* [En ligne]. 2001. Vol. 32, n°2, p. 128-141. Disponible sur : <https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0793>
- [75] Latzman N. E. et collab. « Predicting Adolescent Dating Violence Perpetration: Role of Exposure to Intimate Partner Violence and Parenting Practices ». *Am. J. Prev. Med.* [En ligne]. 2015. Vol. 49, n°3, p. 476-482. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.06.006>
- [76] Bank L., Burraston B. « Abusive home environments as predictors of poor adjustment during adolescence and early adulthood ». *J. Community Psychol.* [En ligne]. 2001. Vol. 29, n°3, p. 195-217. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/jcop.1014>
- [77] Stocker C. M., Richmond M. K. « Longitudinal associations between hostility in adolescents' family relationships and friendships and hostility in their romantic relationships ». *J. Fam. Psychol.* [En ligne]. 2007. Vol. 21, n°3, p. 490-497. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.3.490>
- [78] Foshee V. A. et collab. « Assessing the effects of the dating violence prevention program "safe dates" using random coefficient regression modeling ». *Prev. Sci. Off. J. Soc. Prev. Res.* [En ligne]. 2005. Vol. 6, n°3, p. 245-258. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s11121-005-0007-0>
- [79] Linder J. R., Collins W. A. « Parent and peer predictors of physical aggression and conflict management in romantic relationships in early adulthood ». *J. Fam. Psychol. JFP J. Div. Fam. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div. 43* [En ligne]. 2005. Vol. 19, n°2, p. 252-262. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.2.252>
- [80] Wolfe D. A. et collab. « Predicting abuse in adolescent dating relationships over 1 year: the role of child maltreatment and trauma ». *J. Abnorm. Psychol.* [En ligne]. 2004. Vol. 113, n°3, p. 406-415. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.3.406>
- [81] Lavoie F. et collab. « History of family dysfunction and perpetration of dating violence by adolescent boys: a longitudinal study ». *J. Adolesc. Health* [En ligne]. 2002. Vol. 30, n°5, p. 375-383. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00347-6](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00347-6)
- [82] Slep A. M. et collab. « Two new measures of attitudes about the acceptability of teen dating aggression ». *Psychol. Assess.* 2001. Vol. 13, n°3, p. 306-318.
- [83] Reyes H. L. M. Carolina Digital Repository - Adolescent alcohol use and dating violence perpetration: three studies examining concurrent and longitudinal relations across grades 8 through 12. [En ligne]. Chapel Hill : University of North Carolina, 2009. 118 p. Disponible sur : <https://cdr.lib.unc.edu/record/uuid:0153b218-469a-4aad-9ad3-6df57df75f2b>
- [84] Capaldi D. M., Crosby L. « Observed and Reported Psychological and Physical Aggression in Young, At-Risk Couples ». *Soc. Dev.* [En ligne]. 1997. Vol. 6, n°2, p. 184-206. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.1997.tb00101.x>
- [85] Gover A. R. et collab. « The influence of childhood maltreatment and self-control on dating violence: a comparison of college students in the United States and South Korea ». *Violence Vict.* 2011. Vol. 26, n°3, p. 296-318.
- [86] Foshee V. A. et collab. « What accounts for demographic differences in trajectories of adolescent dating violence? An examination of intrapersonal and contextual mediators ». *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* [En ligne]. 2008. Vol. 42, n°6, p. 596-604. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.11.005>
- [87] Schnurr M. P., Lohman B. J. « The impact of collective efficacy on risks for adolescents' perpetration of dating violence ». *J. Youth Adolesc.* [En ligne]. 2013. Vol. 42, n°4, p. 518-535. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9909-5>

- [88] Chang L.-Y. et collab. « Direct and indirect effects of neighborhood characteristics on the perpetration of dating violence across adolescence ». *J. Youth Adolesc.* [En ligne]. 2015. Vol. 44, n°3, p. 727-744. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0190-z>
- [89] Ferguson C. J. et collab. « Not worth the fuss after all? cross-sectional and prospective data on violent video game influences on aggression, visuospatial cognition and mathematics ability in a sample of youth ». *J. Youth Adolesc.* [En ligne]. 2013. Vol. 42, n°1, p. 109-122. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9803-6>
- [90] Cusson M. *Le contrôle social du crime*. Paris : Presses universitaires de France, 1983.
- [91] Surface J. et collab. « Adolescent Dating Violence: How Should Schools Respond? ». *J. Inq. Action Educ.* 2012. Vol. 4, n°3, p. 27-43.
- [92] O'Leary K. D. et collab. « Gender differences in dating aggression among multiethnic high school students ». *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* [En ligne]. 2008. Vol. 42, n°5, p. 473-479. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.09.012>
- [93] Banyard V. L., Cross C. « Consequences of teen dating violence: understanding intervening variables in ecological context ». *Violence Women* [En ligne]. 2008. Vol. 14, n°9, p. 998-1013. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077801208322058>
- [94] Silverman J. G. et collab. « Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality ». *JAMA*. 2001. Vol. 286, n°5, p. 572-579.
- [95] Ackard D. M., Neumark-Sztainer D. « Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health ». *Child Abuse Negl.* 2002. Vol. 26, n°5, p. 455-473.
- [96] Haynie D. L. et collab. « Dating violence perpetration and victimization among U.S. adolescents: prevalence, patterns, and associations with health complaints and substance use ». *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* [En ligne]. 2013. Vol. 53, n°2, p. 194-201. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.02.008>
- [97] Vagi K. J. et collab. « Teen Dating Violence (Physical and Sexual) Among US High School Students: Findings From the 2013 National Youth Risk Behavior Survey ». *JAMA Pediatr.* [En ligne]. 2015. Vol. 169, n°5, p. 474-482. Disponible sur : <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.3577>
- [98] Chiodo D. et collab. « Longitudinal prediction and concurrent functioning of adolescent girls demonstrating various profiles of dating violence and victimization ». *Prev. Sci. Off. J. Soc. Prev. Res.* [En ligne]. 2012. Vol. 13, n°4, p. 350-359. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s11121-011-0236-3>
- [99] Nahapetyan L. et collab. « Longitudinal association of suicidal ideation and physical dating violence among high school students ». *J. Youth Adolesc.* [En ligne]. 2014. Vol. 43, n°4, p. 629-640. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10964-013-0006-6>
- [100] Exner-Cortens D., Eckenrode J., Rothman E. « Longitudinal Associations Between Teen Dating Violence Victimization and Adverse Health Outcomes ». *Pediatrics* [En ligne]. 2013. Vol. 131, n°1, p. 71-78. Disponible sur : <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1029>
- [101] Eaton D. K., Brener N., Kann L. K. « Associations of health risk behaviors with school absenteeism. Does having permission for the absence make a difference? ». *J. Sch. Health* [En ligne]. 2008. Vol. 78, n°4, p. 223-229. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2008.00290.x>
- [102] Eshelman L., Levendosky A. A. « Dating Violence: Mental Health Consequences Based on Type of Abuse ». *Violence Vict.* [En ligne]. 2012. Vol. 27, n°2, p. 215-228. Disponible sur : <https://doi.org/10.1891/0886-6708.27.2.215>
- [103] Hébert M. et collab. « Association of child sexual abuse and dating victimization with mental health disorder in a sample of adolescent girls ». *J. Trauma. Stress* [En ligne]. 2008. Vol. 21, n°2, p. 181-189. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/jts.20314>
- [104] Frieze I. H. « Violence in close relationships--development of a research area: comment on Archer ». *Psychol. Bull.* 2000. Vol. 126, n°5, p. 681-684.
- [105] Smith D. M., Donnelly J. M. « Adolescent dating violence: A multi-systemic approach of enhancing awareness in educators, parents, and society ». *J. Prev. Interv. Community.* 2001. Vol. 21, n°1, p. 53-64.
- [106] Lavoie F., Hébert M., Beaulieu-Denault O. « Pour des relations amoureuses harmonieuses à l'adolescence : un bilan des approches en prévention ». *Cah. PV Antenne Sur Vict.* 2012. Vol. 8, p. 47-54.
- [107] Foshee V. A. et collab. « An evaluation of Safe Dates, an adolescent dating violence prevention program ». *Am. J. Public Health.* 1998. Vol. 88, n°1, p. 45-50.
- [108] Taylor B. G. et collab. *Shifting boundaries: final report on an experimental evaluation of a youth dating violence prevention program in New York City middle schools*. U.S. Department of Justice, 2011.
- [109] Wolfe D. A. et collab. « A school-based program to prevent adolescent dating violence: a cluster randomized trial ». *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* [En ligne]. 2009. Vol. 163, n°8, p. 692-699. Disponible sur : <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.69>
- [110] Cissner A. B., Hassoun Ayoud L. *Building healthy teen relationships: An evaluation of the Fourth R curriculum with middle school students in the Bronx*. [En ligne]. 2014. Disponible sur : <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/248486.pdf>
- [111] De Koker P. et collab. « A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence ». *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* [En ligne]. 2014. Vol. 54, n°1, p. 3-13. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.08.008>
- [112] Rondeau L., Tremblay P. H., Hamel C. *Trousse Premières Amours*. Montréal : CSSS Jeanne-Mance, Direction de santé publique de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal et CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, 2011.

- [113] Bergeron M. et collab. Programme Empreinte : Agir ensemble contre les agressions à caractère sexuel - Guide d'animation auprès des jeunes. Montréal : UQAM, 2016.
- [114] Daigneault I. et collab. « Effectiveness of a sexual assault awareness and prevention workshop for youth: A 3-month follow-up pragmatic cluster randomization study ». *Can. J. Hum. Sex.* 2015. Vol. 24, n°1, p. 19-30.
- [115] Cornelius T. L., Resseguie N. « Primary and secondary prevention programs for dating violence: A review of the literature ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. 2007. Vol. 12, n°3, p. 364-375. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.09.006>
- [116] De La Rue L. et collab. « School-based interventions to reduce dating and sexual violence: A systematic review ». *Campbell Syst. Rev.* 2014. Vol. 10, n°7, p. 1-111.
- [117] Fellmeth G. L. T. et collab. « Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults ». *Cochrane Database Syst. Rev.* [En ligne]. 2013. n°6. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004534.pub3>
- [118] Lavoie F. « La prévention de la violence dans les relations de couples à l'adolescence ». In : Vitaro F, Gagnon C (éd.). *Prév. Problèmes D'adaptation Chez Enfants Adolesc. Tome II Problèmes Externalisés*. Ste-Foy : 2000. p. 405-460.
- [119] Stanley N. et collab. « Preventing domestic abuse for children and young people (PEACH): a mixed knowledge scoping review ». *Public Health Res.* [En ligne]. 2015. Vol. 3, n°7,. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304920/>
- [120] Tutty L. M. *Healthy Relationships Preventing Teen Dating Violence. An Evaluation of the Teen Violence Prevention Program.* [En ligne]. Toronto, Ontario : Canadian Women's Foundation, 2011. Disponible sur : <http://www.canadianwomen.org/sites/canadianwomen.org/files/PDF%20-%20VP%20Resources%20-%20CWF%20Healthy%20Relationships%20-%20FULL%20REPORT%20-%20April%2029%202011.pdf>
- [121] Weisz A. N., Black B. M. *Programs to Reduce Teen Dating Violence and Sexual Assault: Perspectives on What Works.* New York, NY, US : Columbia University Press, 2009. ISBN : 9780231508827.
- [122] Whitaker D. J. et collab. « Effectiveness of Primary Prevention Efforts for Intimate Partner Violence ». *Partn. Abuse* [En ligne]. 2013. Vol. 4, n°2, p. 175-195. Disponible sur : <https://doi.org/10.1891/1946-6560.4.2.175>
- [123] Lavoie F. et collab. *Évaluation d'un programme de prévention de la violence lors des fréquentations: une évaluation de ViRAJ selon une approche quasi expérimentale.* [En ligne]. Québec : Université Laval, 1997. Disponible sur : https://www.viraj.ulaval.ca/sites/viraj.ulaval.ca/files/viraj_rapport_evaluation_1997-version2_0.pdf
- [124] Lavoie F. et collab. *Évaluation de ViRAJ : Rapport technique no. 2. Impact du programme révisé de prévention de la violence dans les couples adolescents chez des élèves de 15 et 16 ans: leurs connaissances, l'effet du passé de violence et analyse fine des changements d'attitudes.* [En ligne]. Québec : Université Laval, 2011. Disponible sur : https://www.viraj.ulaval.ca/sites/viraj.ulaval.ca/files/trotta_2011_2.pdf
- [125] Trotta V., Lavoie F., Boivin S. *Évaluation de ViRAJ. Rapport Technique n°. 1. Impact du programme révisé de prévention de la violence dans les couples adolescents chez des élèves de 15 et 16 ans : leurs attitudes et leur sentiment d'efficacité.* [En ligne]. Québec : Université Laval, 2011. Disponible sur : https://www.viraj.ulaval.ca/sites/viraj.ulaval.ca/files/trotta_2011_2.pdf
- [126] Lavoie F., Pacaud M.-C., Roy M. *Programme PASSAJ : programme de prévention et de promotion traitant de la violence dans les relations amoureuses et du harcèlement sexuel auprès des jeunes de 16-17 ans.* Québec : Université Laval, 2004.
- [127] Lavoie F. *Evaluating dating violence prevention programs: can we do better?*. 2005.
- [128] Lavoie F., Hébert M., Perreault N. *Évaluation de l'impact du programme VIRAJ 16-17 ans : programme de prévention de la violence dans les relations interpersonnelles.* [En ligne]. Québec : Université Laval, 2005. Disponible sur : https://www.viraj.ulaval.ca/sites/viraj.ulaval.ca/files/rapport_evaluation_du_programme_passaj_2005.pdf
- [129] Chamberland A., Cantin-Drouin M., Damant D. « Assessment of the impact of saisir: A dating violence prevention program ». *Can. Soc. Work Rev.* 2014. Vol. 31, n°1, p. 125-139.
- [130] Wolfe D. A. et collab. « Dating violence prevention with at-risk youth: a controlled outcome evaluation ». *J. Consult. Clin. Psychol.* 2003. Vol. 71, n°2, p. 279-291.
- [131] Ball B. et collab. « Expect respect support groups: preliminary evaluation of a dating violence prevention program for at-risk youth ». *Violence Women* [En ligne]. 2012. Vol. 18, n°7, p. 746-762. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077801212455188>
- [132] Salazar L. F., Cook S. L. « Preliminary Findings From an Outcome Evaluation of an Intimate Partner Violence Prevention Program for Adjudicated, African American, Adolescent Males ». *Youth Violence Juv. Justice.* 2006. Vol. 4, n°4, p. 368-385.
- [133] Langhinrichsen-Rohling J., Turner L. A. « The efficacy of an intimate partner violence prevention program with high-risk adolescent girls: a preliminary test ». *Prev. Sci. Off. J. Soc. Prev. Res.* [En ligne]. 2012. Vol. 13, n°4, p. 384-394. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s11121-011-0240-7>
- [134] Foshee V. A. et collab. « The Effects of the Moms and Teens for Safe Dates Program on Dating Abuse: a Conditional Process Analysis ». *Prev. Sci. Off. J. Soc. Prev. Res.* [En ligne]. 2016. Vol. 17, n°3, p. 357-366. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0617-0>

- [135] Humphrey J. A., White J. W. « Women's vulnerability to sexual assault from adolescence to young adulthood ». *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* 2000. Vol. 27, n°6, p. 419-424.
- [136] Lundgren R., Amin A. « Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness ». *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* [En ligne]. 2015. Vol. 56, n°1 Suppl, p. S42-50. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.012>
- [137] Sears H. A., Sandra Byers E., Lisa Price E. « The co-occurrence of adolescent boys' and girls' use of psychologically, physically, and sexually abusive behaviours in their dating relationships ». *J. Adolesc.* [En ligne]. 2007. Vol. 30, n°3, p. 487-504. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.05.002>
- [138] Taylor B. G. et collab. « Shifting Boundaries: an experimental evaluation of a dating violence prevention program in middle schools ». *Prev. Sci. Off. J. Soc. Prev. Res.* [En ligne]. 2013. Vol. 14, n°1, p. 64-76. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0293-2>
- [139] Storer H. L., Casey E., Herrenkohl T. « Efficacy of Bystander Programs to Prevent Dating Abuse Among Youth and Young Adults: A Review of the Literature ». *Trauma Violence Abuse* [En ligne]. 2016. Vol. 17, n°3, p. 256-269. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1524838015584361>
- [140] Lavoie F. et collab. *Passaj : Programme de prévention et de promotion traitant de la violence dans les relations amoureuses et du harcèlement sexuel auprès des jeunes de 16-17 ans.* [En ligne]. Québec : Université Laval, 2007. Disponible sur : https://www.viraj.ulaval.ca/sites/viraj.ulaval.ca/files/lavoie_2007_passaj_fr_1.pdf
- [141] Zhang F., Wagner A. K., Ross-Degnan D. « Simulation-based power calculation for designing interrupted time series analyses of health policy interventions ». *J. Clin. Epidemiol.* [En ligne]. Novembre 2011. Vol. 64, n°11, p. 1252-1261. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.02.007>
- [142] Mercy J. A., Tharp A. T. « Adolescent Dating Violence in Context ». *Am. J. Prev. Med.* [En ligne]. 2015. Vol. 49, n°3, p. 441-444. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.02.028>
- [143] Miller E. et collab. « “Coaching boys into men”: a cluster-randomized controlled trial of a dating violence prevention program ». *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* [En ligne]. 2012. Vol. 51, n°5, p. 431-438. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.01.018>
- [144] Ritchwood T. D. et collab. « The effect of Teach One Reach One (TORO) on youth acceptance of couple violence ». *J. Child Fam. Stud.* [En ligne]. 2015. Vol. 24, n°12, p. 3805-3815. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0188-5>
- [145] Gouvernement du Québec. « Étapes et outils de l'approche École en santé ». In : *Approche Éc. En Santé* [En ligne]. 2017. Disponible sur : <http://ecoleensante.inspq.qc.ca/> (consulté le 14 novembre 2017)
- [146] Bowen E. et collab. « “It”'s like you're actually playing as yourself’: Development and preliminary evaluation of ‘Green Acres High’, a serious game-based primary intervention to combat adolescent dating violence+ ». *Psychosoc. Interv.* [En ligne]. 2014. Vol. 23, n°1, p. 43-55. Disponible sur : <https://doi.org/10.5093/in2014a5>
- [147] Peskin M. F. et collab. « Effects of the It's Your Game.. Keep It Real program on dating violence in ethnic-minority middle school youths: a group randomized trial ». *Am. J. Public Health* [En ligne]. 2014. Vol. 104, n°8, p. 1471-1477. Disponible sur : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301902>
- [148] Légaré D. *Campagne Jeunes Parler, c'est grandir. Sondage comparatif parents d'adolescents et adolescents de 11 à 17 ans, 2^e année.* 2002.
- [149] Dufour M.-P. et collab. « Violence amoureuse chez les adolescents : liens entre les capacités de présence attentive (mindfulness) et l'incidence des comportements de victimisation et d'agression ». In : *Colloque annuel du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).* Trois-Rivières, Canada : 2015.
- [150] Shelton J. D. « Evidence-based public health: not only whether it works, but how it can be made to work practicably at scale ». *Glob. Health Sci. Pract.* [En ligne]. 2014. Vol. 2, n°3, p. 253-258. Disponible sur : <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-14-00066>

Chapitre 5

La violence conjugale

Julie Laforest
Dominique Gagné

Messages clés

- La violence conjugale est un problème social complexe qui a des répercussions sur l'ensemble de la société.
- La violence conjugale peut survenir entre deux personnes liées dans une relation de nature amoureuse, intime ou conjugale, dans le passé ou le présent, et ce, à tout âge.
- Le gouvernement du Québec définit la violence conjugale par une série d'actes répétitifs, qui se produisent généralement selon une courbe ascendante aussi appelée « escalade de la violence ». La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles, ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle.
- Les femmes subissent davantage les formes les plus sévères de violence conjugale; ainsi, elles sont plus susceptibles d'être blessées et de craindre pour leur vie. Elles sont aussi les principales victimes de violence conjugale signalée à la police.
- La violence conjugale affecte la santé et le bien-être des femmes qui la subissent. Les conséquences incluent des blessures, des problèmes de santé chroniques, des troubles mentaux et des répercussions sur la santé reproductive. Ces conséquences peuvent persister même après que la violence conjugale ait cessé.
- L'exposition des enfants et des adolescents à la violence conjugale entraîne également des conséquences néfastes et reconnues sur leur santé et leur développement.
- La complexité entourant les causes et les motivations sous-jacentes à la violence conjugale invite à diversifier les stratégies pour la prévenir avant qu'elle ne survienne, en agissant tôt, en ciblant des facteurs sociétaux et communautaires, et en s'appuyant sur les meilleures connaissances scientifiques. Ces constats appellent l'implication des efforts intégrés et concertés de plusieurs secteurs et des actions dans différents milieux de vie.

Introduction

La violence conjugale est un problème social complexe qui affecte la santé et le bien-être de la population. En Amérique du Nord, on évalue qu'une femme sur cinq (21 %, IC : 16,2 à 26,4) a vécu au cours de sa vie de la violence physique ou sexuelle de la part d'un partenaire intime [1]. L'incidence économique de la violence conjugale au Canada est considérable. En 2009, une estimation conservatrice l'a évalué à 7,4 milliards de dollars, soit environ 220 \$ par citoyen canadien. Cette estimation a pris en considération les coûts liés au système judiciaire, aux victimes et aux tiers [2].

Au Québec, comme à l'international, le militantisme des groupes féministes a permis de révéler la violence vécue par des milliers de femmes en contexte conjugal, mais plus encore de faire reconnaître son caractère social [3–5]. Dans cette foulée, tout un réseau de maisons d'hébergement et de ressources d'aide destinées aux femmes violentées a vu le jour au Québec [6].

Depuis 1995, le gouvernement du Québec s'est doté d'une Politique d'intervention en matière de violence conjugale – Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale [7]. La Politique identifie neuf principes directeurs devant guider les actions dans le domaine, et situe la violence conjugale comme « ... la manifestation de rapports de force historiquement inégaux qui ont abouti à la domination des hommes sur les femmes » [7].

Vingt ans et trois plans d'action plus tard, des progrès importants ont été réalisés au Québec relativement à la réponse sociojudiciaire et aux services déployés pour venir en aide aux victimes de violence conjugale et à leurs enfants [8]. Pourtant, chaque année, près de 20 000 Québécois – des femmes pour la plupart – continuent d'être victimes d'une infraction commise en contexte conjugal [9]. En fait, au Québec, près du quart de la criminalité contre la personne est attribuable à la violence conjugale.

Définitions

Plusieurs approches théoriques ont été proposées pour définir la violence conjugale. Ces approches s'appuient sur différents modèles explicatifs de la violence entre partenaires intimes¹. Certains courants mettent davantage l'accent sur des caractéristiques psychologiques, biologiques ou comportementales des personnes ou des familles impliquées, alors que d'autres réfèrent à des explications plus macrosociales [4]. Par exemple, l'approche féministe situe la violence conjugale comme une manifestation des rapports historiquement inégaux entre les hommes et les femmes. La perspective sociologique, quant à elle, explique la violence conjugale en référant davantage aux normes sociales et à la culture. Reconnaisant la complexité du phénomène et les apports théoriques de plusieurs disciplines, le cadre conceptuel retenu en santé publique est basé sur le modèle écologique. Celui-ci intègre les multiples perspectives et considère l'interaction de plusieurs facteurs qui se situent tant au niveau sociétal, communautaire, relationnel et individuel [10–12].

¹ Au Québec, il est d'usage d'utiliser les termes « violence conjugale » pour parler de la violence vécue au sein d'une relation intime. Dans ce chapitre, les deux termes sont utilisés sans distinction. Par ailleurs, la notion même de partenaires intimes ne fait pas consensus. Certains auteurs considèrent uniquement les partenaires intimes qui sont mariés ou en union de fait, tandis que d'autres incluent les partenaires amoureux en union libre ou qui ne cohabitent pas. Dans ce chapitre, les termes « partenaire intime ou conjugal » incluent à la fois les conjoints mariés ou en union de fait, les amis intimes et les partenaires amoureux, actuels ou anciens.

Dans sa Politique, le gouvernement du Québec définit la violence conjugale de cette manière :

« La violence conjugale se caractérise par une série d'actes répétitifs, qui se produisent généralement selon une courbe ascendante. [...] La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles, ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extramaritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie. » [7] Ainsi, la violence conjugale est appréhendée comme une tentative de prise de contrôle qui s'établit dans un rapport de domination [7].

En phase avec plusieurs organisations internationales, dont l'Organisation des Nations Unies (ONU) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [12], la perspective du gouvernement du Québec reconnaît que la violence des hommes envers les femmes demeure beaucoup plus importante que celle des femmes envers les hommes. Plus encore, la violence de la part d'un partenaire intime serait la manifestation la plus fréquente de violence faite aux femmes [10]. La définition retenue au Québec est également conforme à celle de chercheurs qui appréhendent la violence entre partenaires intimes dans une perspective féministe [5,13]. Bien que des nuances existent, la violence conjugale définie ainsi implique une dynamique de pouvoir dans laquelle le conjoint utilise diverses stratégies (ex. : harcèlement, intimidation, comportements de coercition, violence émotionnelle, isolement social) pour obtenir ou maintenir un contrôle général sur sa partenaire [14,15]. Ce type de violence se caractérise surtout par un schéma de comportements de contrôle coercitif exercé dans différentes sphères, mais aussi par la fréquence des comportements violents, leur gravité et leur intensité qui augmente avec le temps [16,17].

La violence conjugale survient à l'intérieur d'un cycle appelé le « cycle de la violence conjugale » qui comporte quatre phases² : tension, agression, justification et réconciliation. Ce cycle a tendance à se répéter et s'intensifier dans le temps. Certains auteurs utilisent les termes « terrorisme intime ou conjugal » [6,14,15,17], « violence conjugale coercitive » [16] ou « contrôle coercitif » [18] pour désigner ce type de violence. En contexte d'un couple hétérosexuel, la violence conjugale ainsi définie est presque exclusivement exercée par des hommes à l'endroit des femmes [17,19].

D'autres chercheurs œuvrant principalement dans le domaine de la violence familiale appréhendent la violence entre conjoints sous l'angle des comportements violents commis dans un contexte de conflits entre les partenaires [5]. Sans présenter un schéma général de contrôle, cette violence s'inscrit plutôt dans une dynamique violente de gestion des conflits ou d'une réponse inadaptée au stress, à l'exaspération et à la colère issus de ces conflits [14]. Des études ont permis de documenter que ce type de violence dite parfois « situationnelle » est exercée à la fois par des hommes et des femmes [20], et peut être réciproque, notamment chez les jeunes adultes [21].

Il est également possible d'appréhender la violence conjugale sous l'angle des conséquences qu'elle engendre sur les personnes qui la vivent. L'OMS définit la violence entre partenaires intimes comme suit : « ... tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation » (Heise et Moreno, 2002, p.99). Bien que la violence physique (ex. : coups, bousculades, étranglement, brûlures) soit celle qui a davantage été étudiée et socialement condamnée, il est reconnu que la violence conjugale englobe des manifestations beaucoup plus vastes. Par exemple, elle s'exprime par des comportements de contrôle, des propos méprisants, des cris, du harcèlement, de l'exploitation financière, de la violence sexuelle (ex. : agressions sexuelles, viols, coercition sexuelle et reproductive, pratiques sexuelles non désirées). Ces manifestations de violence surviennent dans un contexte où les personnes impliquées sont liées – actuellement ou dans le passé – par un rapport d'intimité, et entraînent diverses conséquences néfastes [6].

² Il est à noter que la phase de réconciliation n'est pas toujours présente dans le cycle, et qu'elle tend à raccourcir ou à disparaître avec le temps.

Les nombreux débats autour de la définition de la violence conjugale, tant au Québec qu'au Canada et ailleurs dans le monde, ont mené certains auteurs à proposer des typologies pour réconcilier ces perspectives [14,16]. D'autres proposent d'envisager la violence conjugale sous l'angle des multiples dynamiques et préfèrent parler des « violences conjugales », permettant ainsi de traduire les diverses réalités de violence vécue entre partenaires intimes [6]. Ainsi, il est de plus en plus reconnu que la violence conjugale peut s'exercer sur un continuum et qu'il existe plusieurs types/dynamiques de violence dans le cadre d'une relation intime. La question de la définition de la violence conjugale demeure cependant d'actualité, d'autant plus que la documentation scientifique sur l'ampleur, les facteurs de risque, les conséquences et la prévention permet rarement d'englober l'ensemble des réalités vécues et de considérer toutes les nuances et distinctions qui s'imposent [22].

À travers les définitions et au-delà des débats entourant ses causes, on retrouve toujours la notion de l'usage de la violence exercée dans le cadre d'une relation intime qui engendre des conséquences sur la santé et le bien-être des personnes qui la subissent, principalement des femmes et des enfants [4,12]. Dans ce chapitre, à moins d'indication contraire, la violence conjugale est celle qui survient entre deux personnes liées, dans le passé ou actuellement, dans une relation hétérosexuelle ou non³, de nature amoureuse, intime ou conjugale, et ce, peu importe que la violence soit physique, sexuelle, psychologique, verbale, économique, spirituelle ou autre. Une dynamique de contrôle est souvent présente.

³ Puisque la recherche s'est davantage intéressée à la violence exercée par un homme à l'endroit d'une femme dans le contexte d'une relation hétérosexuelle, notamment en raison de l'ampleur et des conséquences de cette violence, la plupart des connaissances scientifiques présentées dans ce chapitre documentent plus particulièrement cet aspect de la problématique.

Encadré 1 – Enfants exposés à la violence conjugale

Auteure : Geneviève Lessard

L'exposition des enfants et des adolescents à la violence conjugale (EVC) est un problème maintenant bien reconnu pour ses conséquences néfastes sur la santé et le développement des enfants. Les recherches récentes sur les facteurs de risque et de protection [23–25] mettent toutefois de plus en plus en évidence une diversité de trajectoires développementales, certains enfants s'en sortant mieux que d'autres. D'où l'importance de la prévention et d'une aide adaptée aux besoins de ces enfants. Cet encadré présente d'abord une définition de l'EVC, suivie d'une discussion critique des défis associés à la mesure de l'ampleur du problème. Troisièmement, un tableau-synthèse de l'état des connaissances sur les conséquences de l'EVC est présenté. Enfin, quelques stratégies novatrices de prévention et d'intervention sont proposées.

Définition

Tous les enfants et les adolescents qui vivent dans une famille affectée par une dynamique de violence conjugale sont considérés comme exposés à la violence conjugale, qu'ils aient vu/entendu ou non les scènes de violence conjugale [26,27], que la violence soit exercée envers un parent ou un beau-parent, et qu'elle se produise avant, pendant ou après la séparation. En effet, peu importe les formes de violence conjugale et les contextes dans lesquels elle se manifeste, ce qui caractérise principalement le vécu de ces enfants et adolescents est le climat de peur et de tension dans lequel ils sont contraints de se développer.

Ampleur

La démonstration de l'ampleur du problème de l'EVC doit tenir compte de trois principales limites. Premièrement, il n'existe pas d'enquête populationnelle québécoise sur la violence conjugale. Par conséquent, les données sur l'EVC proviennent d'enquêtes sur des problématiques connexes [28], comme la maltraitance ou la violence familiale dans la population générale [29] ou dans les populations cliniques [30,31], la victimisation en général ou la polyvictimisation des jeunes [32–35]. Bien que la violence conjugale ou l'EVC ne soit pas l'objet principal de ces études, celles-ci sont pertinentes pour montrer l'ampleur du problème dans la mesure où elles incluent certaines variables liées à l'EVC et qu'elles reposent sur des méthodologies rigoureuses. On sait, entre autres, que l'EVC est une forme de mauvais traitements souvent prise en charge par les services de protection de l'enfance, soit 34 % des cas au Canada [31] et 21 % des cas au Québec [30]. Les études réalisées à partir du *Juvenile Victimization Questionnaire* auprès d'échantillons représentatifs des populations québécoise et américaine indiquent que 3 % à 18 % des jeunes ont vécu l'EVC dans leur vie [32,34,36]. Une autre étude populationnelle récente montre que 25 % des enfants québécois ont été exposés à la violence conjugale (physique, psychologique ou verbale) dans la dernière année [29]. Ces statistiques permettent de conclure que l'EVC est loin d'être un phénomène rare. Par ailleurs, les taux de concomitance entre l'EVC et d'autres formes de victimisation juvénile sont particulièrement élevés, les jeunes confrontés à des victimisations multiples étant davantage affectés dans leur développement [25,29,33,34,37–42].

Une deuxième limite expliquant le défi d'évaluer avec précision l'ampleur de l'EVC réside dans le fait que la violence conjugale est encore malheureusement très taboue et sous-déclarée. En effet, 78 % des personnes victimes de violence conjugale physique ou sexuelle n'ont pas signalé leur situation aux autorités [43]. Même lorsqu'ils vont chercher de l'aide pour la violence conjugale subie ou exercée, les parents ont tendance à sous-estimer l'exposition de leurs enfants à la violence conjugale, de même que les conséquences qu'ils subissent [28].

Troisièmement, les limites des données démontrant l'ampleur du problème reposent aussi sur le fait que la plupart des instruments de mesure utilisés dans les enquêtes se concentrent sur les comportements de violence conjugale physique ou sexuelle, et qu'ils laissent peu de place aux jeunes pour qu'ils expriment librement comment ils vivent et ressentent le climat de peur et de tension inhérent à la violence conjugale, ou leurs stratégies et réactions en réponse à la violence [44]. Pourtant, la définition exposée précédemment, qui fait généralement consensus dans la communauté scientifique et dans les milieux de pratique spécialisés en violence conjugale, insiste surtout sur cet aspect (climat terrorisant) pour caractériser l'expérience des enfants et des adolescents dans un contexte de violence conjugale. Bref, l'EVC est un problème social complexe et difficile à mesurer, mais pour lequel on a tout de même des preuves empiriques solides démontrant son importance.

La violence conjugale agit sur plusieurs des déterminants sociaux de la santé identifiés par Mikkonen et Raphael (2011), notamment les conditions de vie particulièrement stressantes qui affectent le sentiment de sécurité et de bien-être, et qui compromettent le développement optimal des enfants et des adolescents. « Les expériences préjudiciables vécues dans la petite enfance peuvent engendrer un sentiment d'inefficacité, ou de résignation acquise, ce qui constitue un déterminant majeur de mauvaise santé » [45]. De plus, l'accès limité à un filet de sécurité sociale et à des services psychosociaux et de santé adaptés à la problématique d'EVC – nous y reviendrons dans la section suivante – explique aussi les nombreuses conséquences de l'EVC documentées dans les écrits scientifiques et dont nous exposons une synthèse dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 Conséquences de la violence conjugale sur la santé et le développement des enfants et des adolescents

	Conséquences [25,27,46–60]
Santé physique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Risque de décès néonatal, d'accouchement prématuré ou de faible poids à la naissance ■ Retard staturo-pondéral ■ Plaintes somatiques (maux de tête et maux de ventre) ■ Allergies et affections cutanées ■ Grossesse précoce*
Santé mentale et fonctionnement social	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stress post-traumatique ■ Troubles intériorisés et extériorisés ■ Difficultés de concentration ■ Faible estime de soi ■ Manque d'habiletés de résolution de conflits ■ Sentiment d'être responsable de la violence et de devoir intervenir ■ Crainte d'être violenté ou abandonné ■ Inquiétude face à l'avenir ■ Crainte d'amener des amis à la maison, honte et repli sur soi ■ Cauchemars ■ Dépendance exagérée à la mère ■ Agressivité ■ Crises, pleurs excessifs ou irritabilité ■ Cruauté envers les animaux ■ Destruction de biens ■ Idéations ou tentatives de suicide*
Santé éducationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Retard dans l'acquisition de la propreté ou régression ■ Retard dans l'acquisition du langage et d'habiletés intellectuelles ■ Problèmes d'apprentissage ■ Absentéisme scolaire ■ Retard académique ■ Décrochage scolaire*
Habitudes de vie dommageables	<ul style="list-style-type: none"> ■ Perturbation des habitudes alimentaires et de sommeil ■ Abus d'alcool ou de drogues
Risque d'insertion dans une trajectoire de criminalité ou de violence	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fugue* ■ Prostitution* ■ Délinquance* ■ Convictions stéréotypées des rôles de genre et manque de respect envers les femmes ■ Violence dans les relations amoureuses*

* Conséquences observées chez les adolescents.

Si la violence conjugale porte atteinte à la santé et au développement des enfants et des adolescents, ces conséquences sont surtout mesurées quantitativement, et on oublie trop souvent leur signification profonde pour les jeunes concernés. Dans les écrits scientifiques sur l'EVC, peu d'attention est accordée – qualitativement – à la voix des enfants et des adolescents [46–48]. D'où l'importance d'examiner les conséquences qu'ils vivent à la lumière de leur expérience subjective, « de les considérer comme des acteurs de leur propre expérience [au-delà de leur position de victimes] et de comprendre les impacts de leurs stratégies [d'adaptation] » dans leur parcours de vie [44].

Prévention et intervention

Les stratégies novatrices de prévention et d'intervention devraient miser sur les facteurs de protection reconnus pour leur influence positive sur le développement des enfants en contexte d'EVC. Trois principes nous apparaissent importants à respecter et peuvent s'appliquer à une diversité d'interventions ou de programmes. Ces propositions ne sont certainement pas exhaustives, puisque les recherches sur les facteurs de protection en contexte d'EVC demeurent encore récentes et en plein essor. Quelques exemples de projets novateurs illustrant les principes proposés sont cités au passage.

D'abord, puisque le point de vue de l'enfant sur la violence conjugale et sur son rôle dans la dynamique familiale influence son adaptation [49], les programmes de prévention et d'intervention devraient être suffisamment flexibles pour permettre une adaptation des modalités d'intervention aux points de vue et aux vécus différenciés des jeunes concernés.

Deuxièmement, il est essentiel que les stratégies de prévention et d'intervention ciblant l'EVC incluent les parents avec des mesures de soutien à l'exercice de leur rôle parental. Plusieurs recherches ont en effet montré que la qualité de la relation mère-enfant ainsi que les habiletés parentales de la mère peuvent créer un effet protecteur pour l'enfant exposé [50–52]. Par contre, la violence conjugale peut aussi nuire à la qualité de la relation mère-enfant, augmenter le stress des femmes victimes et affecter leurs habiletés parentales [39,53]. Au Québec, la plupart des maisons d'aide et d'hébergement disposent d'intervenantes jeunesse dont le rôle est d'accompagner la mère et l'enfant de manière à contrer les effets de l'EVC et à favoriser un développement plus sain chez l'enfant. Depuis 2006, le gouvernement du Québec reconnaît dans la Loi sur la protection de la jeunesse les effets délétères de l'EVC sur la sécurité et le développement de l'enfant, ce qui facilite la mise en place de mesures de protection supplémentaires dans les situations de violence plus sévères. Les ressources d'aide aux conjoints qui présentent des comportements violents s'ouvrent également à l'importance d'une intervention plus structurée sur la paternité en contexte de violence conjugale, comme en témoigne le nouveau programme Groupe papa du Groupe d'aide aux personnes impulsives [54]. L'implantation et l'évaluation des programmes *Caring Dads* (en collaboration avec l'organisme Accord Mauricie) et *Mothers in Mind* (en collaboration avec la Maison pour femmes immigrantes) [55] constituent d'autres exemples prometteurs pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants exposés à la violence conjugale.

Le dernier principe à respecter pour la prévention et l'intervention concerne la diversité et la continuité de l'aide à offrir aux enfants exposés à la violence conjugale. Cela constitue un défi de taille dans un contexte où la prévention primaire est rare et où les ressources existantes tardent à se coordonner. La continuité de l'aide est nécessaire à deux niveaux : d'une part, pour l'enfant, dans les différentes étapes de son développement; d'autre part, pour les ressources d'aide elles-mêmes. Puisque chaque ressource n'intervient qu'à un moment précis dans la vie de l'enfant, l'efficacité individuelle de chaque type d'aide dépend de l'amélioration de la collaboration avec les autres ressources concernées. Le spectre des ressources concernées est large. Il s'étend des programmes de prévention primaire jusqu'aux services de dernière ligne, comme les services de protection de la jeunesse, en passant par les services de première ligne, psychosociaux et de santé, et les organismes communautaires spécialisés en violence conjugale. La diversité des sources et des formes d'aide est importante, car les besoins des enfants sont multiples et peuvent aussi évoluer dans le temps à travers leur parcours de vie. Mais d'un autre côté, plus il y a de ressources différentes, plus l'arrimage optimal entre ces ressources s'avère complexe.

En ce qui a trait aux programmes de prévention primaire s'adressant aux enfants et ciblant précisément la problématique de l'EVC, une recension d'écrits a montré qu'ils sont très rares – voire inexistantes – au Québec comme ailleurs [56]. La prévention primaire est pourtant essentielle pour atteindre l'objectif global d'une aide diversifiée et continue. En ce sens, il nous apparaît important de souligner les rares initiatives qui existent au Québec. Par exemple, deux projets particulièrement novateurs sont en cours dans la région de la Capitale-Nationale, pilotés par la Table Carrefour violence conjugale Québec-Métro et une chercheuse spécialisée en design (S. Pouliot). Ils misent sur des outils concrets : un épisode animé d'environ deux minutes qui montre une discussion entre deux enfants exposés à la violence conjugale et les stratégies qui les aident à se sentir mieux; ainsi qu'un jeu d'origami qui permet de normaliser les émotions vécues par les enfants exposés à la violence conjugale, et de fournir des stratégies s'appuyant sur les facteurs de protection connus dans les écrits scientifiques, de même que des références à des ressources d'aide. Ces deux outils permettront de joindre les enfants de la population générale et, par le fait même, quelques enfants vivant l'EVC, mais aussi leurs pairs et leurs amis, ainsi que les adultes de leur entourage qui seront sensibilisés à la problématique. Cela constitue une bonne façon de renforcer le réseau de soutien social autour de ces enfants et de briser leur isolement.

Par ailleurs, pour revenir au principe de continuité, même lorsque les enfants reçoivent de l'aide relative à l'EVC, cette aide est bien souvent fragmentée en raison du fait que les connaissances et les ressources d'aide dans ce domaine se sont développées aux confins de deux problématiques : la violence conjugale et la maltraitance envers les enfants. L'arrimage entre les différentes ressources d'aide concernées demeure un défi considérable, au Québec comme ailleurs dans le monde [57–59]. La violence conjugale et la maltraitance envers les enfants ont évolué dans des univers distincts sur les plans conceptuel, organisationnel et juridique; c'est pourquoi il est prioritaire de promouvoir la mise en place de stratégies de concertation novatrices [58–61]. Ces stratégies devraient inclure l'ensemble des acteurs concernés dans le continuum des services de prévention primaire jusqu'aux services spécialisés en violence conjugale et en protection de l'enfance. À l'instar d'Hester (2011) qui parlait de « planètes distinctes », nous avons insisté [62] sur les ponts à bâtir pour développer des connaissances et des interventions permettant une offre d'aide plus intégrée et cohérente aux enfants exposés à la violence conjugale. En effet, comme ces enfants ont très peu de contrôle sur le fait d'être exposés ou non à la violence conjugale, ni sur les décisions de leurs parents d'aller ou non chercher de l'aide pour s'émanciper d'une relation violente ou pour modifier leurs comportements violents, « la cible principale des activités de promotion et de prévention, contrairement à d'autres problèmes sociaux, est moins l'enfant qui pourrait être confronté à la violence que les autres acteurs qui pourraient diminuer les effets de l'exposition » [63]. D'où l'importance d'une meilleure collaboration entre les intervenants des différents secteurs de pratique pour assurer un tissu de sécurité autour de l'enfant exposé.

Ampleur de la violence conjugale au Québec

Puisque la violence conjugale survient dans le cadre d'une relation intime et qu'elle se manifeste de diverses manières, et ce, de façon cyclique, il est difficile d'en déterminer l'ampleur avec exactitude. Les limites associées aux sources de données et aux instruments de mesure (voir l'encadré « Sources et limites ») se traduisent par des portraits de la violence conjugale très variables. Par exemple, la notion de pouvoir et de contrôle, au centre de la définition de la violence conjugale privilégiée par le gouvernement du Québec, n'est pas prise en considération ni dans les données policières ni dans les enquêtes populationnelles [6]. En fait, plusieurs composantes qui sont considérées par les chercheurs dans le domaine comme des éléments caractérisant la violence conjugale ne sont pratiquement jamais mesurées pour en déterminer l'ampleur; c'est notamment le cas du harcèlement [5]. Aux États-Unis, les plus récents travaux des Centers for Disease Control and Prevention sur la surveillance de la problématique ont introduit la notion de harcèlement dans la définition de la violence entre partenaires intimes, et proposent des indicateurs pour mesurer cet aspect [64].

Une autre difficulté pour déterminer l'ampleur du phénomène est liée à la provenance des données, par exemple s'il s'agit de données administratives ou si elles proviennent plutôt d'une enquête populationnelle⁴. Ces différentes sources, quoique souvent complémentaires, mesurent parfois des réalités fort distinctes : enquêtes auprès de la population générale ou de groupes particuliers (ex. : parents d'enfants), infractions enregistrées par les services policiers, données colligées auprès de populations cliniques (ex. : femmes en maisons d'hébergement ou conjoints judiciairisés) ou d'organismes qui offrent des services aux femmes et aux enfants victimes (ex. : maisons d'hébergement, réseau de la santé et des services sociaux, système de justice). De ce fait, le portrait de la violence conjugale au Québec et au Canada, que l'on retrouve dans les statistiques diffusées par différents organismes, affiche parfois des différences quant aux caractéristiques de la violence conjugale (ex. : répartition des victimes de violence conjugale selon le sexe, nature des comportements). Les statistiques permettant de déterminer l'ampleur et les caractéristiques de la violence conjugale présentées dans ce chapitre doivent donc être analysées en tenant compte de ces considérations.

⁴ Enquête populationnelle : collecte d'information qui consiste à documenter un phénomène auprès d'une population définie. L'analyse des données recueillies permet de faire des estimations pour l'ensemble de la population (inférence) lorsque les données sont recueillies à partir d'un échantillon représentatif de la population.

■ Sources et limites

Les différentes façons de définir et de mesurer la violence conjugale ont donné lieu à un débat autour de la symétrie de la violence conjugale entre les hommes et les femmes⁵ [5,67]. En se basant sur des données issues d'enquêtes réalisées auprès de jeunes adultes et de la population générale, les tenants de la théorie de la symétrie soutiennent que les femmes seraient aussi violentes que les hommes dans un contexte conjugal, remettant en question la perspective féministe [65]. Les opposants à cette théorie relèvent quant à eux les limites des instruments de mesure avec lesquelles les données d'enquêtes sont obtenues, et leur discordance avec le portrait du phénomène tiré des données policières ou des données provenant des services sociaux et médicaux [67].

Dans certaines études et plusieurs enquêtes populationnelles, dont l'Enquête sociale générale (ESG) sur la victimisation, la violence conjugale est définie et mesurée sur la base d'un ensemble d'actes violents entre partenaires dont la gravité varie. La plupart des instruments utilisés dans ces études considèrent uniquement les dimensions physique et sexuelle de la violence pour établir la prévalence, et s'attardent peu aux dynamiques de pouvoir et de contrôle. Les principales limites des instruments font en sorte qu'il est difficile de mesurer d'autres formes de violence conjugale, la directionnalité de la violence, les motivations sous-jacentes (contrôle coercitif, autodéfense, réciprocité, etc.) et le contexte dans lequel (ex. : niveau de contrôle) s'inscrit cette violence.

En ce qui a trait aux données issues des statistiques policières, elles ne représentent qu'une portion de la violence commise en contexte conjugal. Les enquêtes populationnelles révèlent qu'une faible part des incidents de violence conjugale est signalisée aux autorités policières. En 2009, seuls 20 % des Québécoises et des Québécois ayant été victimes de violence physique ou sexuelle de la part d'un conjoint ou d'un ex-conjoint ont déclaré avoir rapporté l'incident à la police [68]. Par ailleurs, certaines manifestations de violence conjugale ne correspondent pas à des infractions criminelles; c'est notamment le cas de la violence verbale (à l'exception des menaces de mort).

Au Québec, les statistiques colligées de façon cyclique qui permettent de dresser un portrait de l'ampleur, de l'évolution, des caractéristiques et des conséquences de la violence conjugale proviennent de deux sources principales : les données d'enquêtes populationnelles (victimisation autorapportée) et les infractions criminelles commises dans un contexte conjugal rapportées à la police (voir l'encadré « Sources et limites »).

La violence conjugale mesurée à l'échelle de la population dans l'ESG sur la victimisation

Au Québec, aucune enquête populationnelle réalisée régulièrement ne mesure la violence conjugale vécue par les femmes et les hommes adultes dans leurs relations conjugales ou intimes. Les seules données récoltées à un intervalle régulier sont celles tirées de l'ESG sur la victimisation que mène Statistique Canada. Les tailles d'échantillon pour le Québec limitent cependant l'analyse approfondie des données à l'échelle de la province [69]. Aussi, elles ne permettent pas de faire des estimations pour chacune des régions, ce qui limite l'étude des variations régionales de la violence conjugale. En 2014, on y apprend que 3,5 % des Québécois ont vécu de la violence conjugale⁶ (physique ou sexuelle) de la part d'un conjoint ou d'un ex-conjoint dans les cinq ans précédant l'enquête [70]. Tant au Québec qu'au Canada, les données de l'ESG 2014 présentent une prévalence de la violence conjugale similaire entre les hommes et les femmes [71]. Cependant, quand les items sont analysés de façon isolée, on distingue des différences. Par exemple, les

⁵ Le débat de la symétrie de la violence dépasse largement le cadre de ce chapitre. Un lecteur qui voudrait approfondir davantage cette question peut, notamment, se référer aux articles suivants : [65–67].

⁶ Bien que l'ESG documente la violence psychologique et l'exploitation financière, seules les dimensions physique ou sexuelle de la violence sont prises en compte dans le calcul de la prévalence rapportée ici et telle que publiée par Statistique Canada.

femmes sont plus susceptibles de vivre les formes plus sévères de violence conjugale documentées dans l'enquête, soit avoir été agressée sexuellement, battue, étranglée, menacée avec une arme à feu ou un couteau (34 % des femmes contre 16 % des hommes à l'échelle canadienne⁷).

La criminalité commise en contexte conjugal

Au Québec, en 2014, 18 746 personnes ont été victimes de crimes contre la personne commis dans un contexte conjugal⁸ [9]. Ces crimes ont fait 14 716 victimes féminines (79 %) et 4 030 victimes masculines (21 %). Lorsqu'on analyse ces statistiques par type d'infraction, il se dégage que les femmes composent la totalité ou presque des victimes d'homicides (100 %), d'enlèvements (100 %), de séquestration (97,8 %) et d'agressions sexuelles (97,2 %). Les victimes âgées de 18 à 29 ans constituent le groupe d'âge chez qui le taux d'infractions commises dans un contexte conjugal est le plus élevé, et ce, particulièrement chez les femmes. Les auteurs présumés de violence conjugale étaient des hommes 8 fois sur 10 (80,5 %).

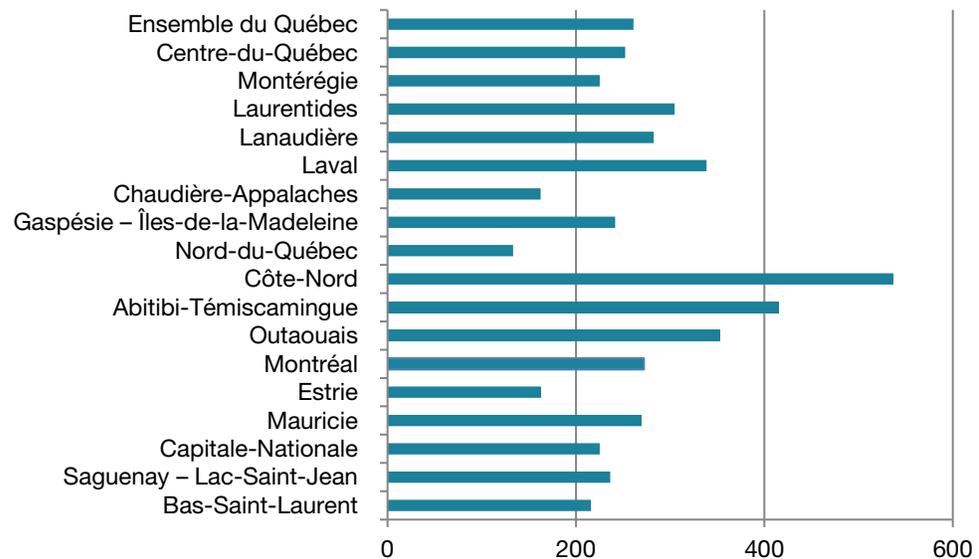
En ce qui a trait à la répartition régionale de la criminalité commise en contexte conjugal, on observe des variations considérables à travers les régions du Québec (figure 1). La Côte-Nord, l'Abitibi-Témiscamingue et l'Outaouais affichent les taux de violence conjugale les plus élevés, tandis que les taux les plus bas se trouvent en Chaudière-Appalaches, en Estrie, dans le Bas-Saint-Laurent et le Nord-du-Québec⁹ [9]. Outre le fait qu'il puisse y avoir des différences réelles dans la survenue de la violence conjugale, différentes raisons peuvent expliquer ces variations territoriales : les caractéristiques démographiques de la population (ex. : structure des âges), le taux de signalement des infractions à la police, les politiques, procédures et pratiques d'application des lois des services de police locaux, les facteurs socioéconomiques et les changements technologiques [72].

⁷ Cette donnée est non disponible pour le Québec compte tenu du risque de divulgation en raison de petits nombres [71].

⁸ Les infractions commises en contexte conjugal sont celles qui ont été signalées à la police et jugées fondées par les autorités policières.

⁹ Les données pour la région Nord-du-Québec sont incomplètes en raison de l'absence de données provenant de certains corps de police autochtones. [9]

Figure 1 Taux^a de criminalité commise en contexte de violence conjugale, par région et pour l'ensemble du Québec, 2014



^a Taux par 100 000 personnes âgées de 12 ans et plus.

Source : Ministère de la Sécurité publique. Données du Programme DUC 2.

Évolution de la violence conjugale au Québec et au Canada

Le taux de prévalence de la violence conjugale mesuré dans l'ESG a diminué de façon importante depuis 1999 (tableau 2). Au Québec, il est passé de 7,4 % à 3,5 %. Cette diminution s'observe également dans les homicides conjugaux (tableau 3). Les facteurs pouvant expliquer la tendance à la baisse des homicides conjugaux au Canada ont été explorés par Dawson et ses collaborateurs (2009). Les deux facteurs qui ressortent de leur analyse sont la diminution de l'écart dans les niveaux d'emploi entre les hommes et les femmes, et l'augmentation du niveau de scolarité des hommes [73]. L'hypothèse de l'effet bénéfique et préventif de la réduction des inégalités entre les sexes sur les homicides conjugaux se démontre donc empiriquement. Par contre, le taux d'infractions commises en contexte conjugal est en légère hausse (tableau 3). Cette augmentation des infractions signalées à la police pourrait être due notamment aux campagnes sociétales de sensibilisation visant à diminuer la tolérance sociale à l'égard de la violence conjugale et à faire ressortir son caractère criminel. Elle peut également s'expliquer par les efforts déployés pour améliorer la réponse policière dans les situations de violence conjugale (ex. : protocoles, formation, escouades dédiées).

Tableau 2 Évolution de la prévalence de la violence conjugale (physique ou sexuelle) autorapportée dans l'ESG 1999, 2004, 2009 et 2014

	1999	2004	2009	2014
Canada	7,4 %	6,6 %	6,2 %	3,9 %
Québec	7,4 %	5,4 %	5,3 %	3,5 %

Source : Statistique Canada. Enquête sociale générale sur la victimisation 1999, 2004, 2009, 2014.

Tableau 3 Évolution du nombre et du taux d’infractions commises en contexte conjugal, Québec 2004-2014

	2004		2009		2014	
	n	taux ^a	n	taux ^a	n	taux ^a
Homicide conjugal	24	0,4	17	0,2	11	0,2
Violence conjugale	16 709	254,5	18 180	264,8	18 746	264,5

^a Taux par 100 000 personnes âgées de 12 ans et plus.

Source : Ministère de la Sécurité publique. Données du Programme DUC 2.

■ En somme

Malgré une prévalence de la violence conjugale autorapportée similaire entre les hommes et les femmes dans les enquêtes populationnelles sur la victimisation, ces statistiques démontrent que les femmes subissent davantage les formes les plus sévères de violence conjugale. Elles sont aussi les principales victimes d’infractions commises en contexte conjugal.

Des variations selon le sexe, les groupes d’âge et les régions dans les taux de criminalité commise en contexte conjugal démontrent que la violence conjugale n’est pas répartie de façon uniforme au Québec, et ce, même si l’ensemble des régions et des groupes d’âge sont touchés.

Depuis quelques années, on observe une évolution à la baisse de la violence conjugale autorapportée et des homicides conjugaux, mais une hausse du taux d’infractions contre la personne en contexte conjugal.

Facteurs de risque/protection

Les facteurs contribuant à expliquer la distribution et les variations de la violence conjugale au sein d’une population sont multiples et se situent à différents niveaux [12]. En prenant appui sur le modèle écologique, il est généralement admis qu’une combinaison de facteurs sociétaux, communautaires, relationnels et individuels augmente le risque d’être victime ou d’exercer de la violence dans un contexte conjugal. Bien qu’il ne s’agisse pas d’une explication causale, la détermination des facteurs associés à la violence conjugale sert à orienter les programmes et les interventions vers des cibles susceptibles de la prévenir [11]. D’ailleurs, aucun facteur à lui seul ne peut expliquer la violence conjugale exercée ou subie. Il s’agit plutôt d’une constellation de facteurs ou de parcours qui sont à l’origine de la violence conjugale [10].

Le tableau 4 présente une recension des facteurs¹⁰ qui ont été associés à la violence conjugale dans la littérature scientifique en fonction des quatre niveaux du modèle écologique. Il est à noter que les facteurs sociétaux sont moins souvent étudiés dans la documentation scientifique [12], notamment parce qu’il est plus difficile et coûteux méthodologiquement d’en évaluer les effets [80]. Néanmoins, leur rôle dans la compréhension de la violence faite aux femmes en général et de la violence conjugale en particulier fait consensus.

¹⁰ Les facteurs présentés dans cette section sont tirés de travaux antérieurs réalisés par certains auteurs [74,75], ainsi que de synthèses de la littérature scientifique [10–12,22,76–79]. Les facteurs qui sont présentés dans le tableau s’appliquent dans un contexte québécois ou canadien.

Tableau 4 Facteurs associés à la violence conjugale

Sociétal	
Inégalités entre les hommes et les femmes	
Normes sociales prônant une certaine tolérance à la violence	
Normes stéréotypées en fonction du genre	
Communautaire	
Criminalité et violence dans le milieu*	
Caractéristiques sociodémographiques du quartier* : pauvreté et chômage (défavorisation), faible niveau d'efficacité collective, faible niveau de contrôle social ou de capital social et augmentation des incivilités	
Tolérance de la communauté envers la violence et la violence conjugale	
Relationnel	
Caractéristiques de la relation conjugale : conflits et discorde* , insatisfaction à l'égard de la relation, statut matrimonial (être séparé, divorcé ou en union libre)*, durée de la relation*	
Caractéristiques des partenaires : antécédents de violence conjugale, possessivité et jalousie, conceptions stéréotypées des rôles sexuels*	
Environnement familial dans l'enfance et l'adolescence : conflits familiaux	
Délinquance* et association avec des pairs déviants*	
Individuel	
Subir de la violence	Exercer de la violence
Exposition à la violence conjugale dans l'enfance*	Exposition à la violence conjugale dans l'enfance
Maltraitance dans l'enfance*, dont l'agression sexuelle*	Maltraitance dans l'enfance
Dépression*	Attitudes favorables à la violence
Consommation abusive d'alcool* Mauvaise santé physique ou limitations* Faible soutien social*	Troubles mentaux* Problèmes de comportements et comportements antisociaux Consommation abusive d'alcool* Consommation de drogues
Sociodémographiques : jeune âge* , faible revenu/statut socioéconomique* , faible niveau de scolarité*	Sociodémographiques : jeune âge* , chômage*, faible revenu/statut socioéconomique* , faible niveau de scolarité*

* Facteur documenté dans au moins une étude canadienne ou québécoise.

L'importance relative des facteurs n'est pas reflétée, ni l'interaction entre les différents facteurs chez une même personne et entre les partenaires.

Facteur en caractères gras : facteur dont les évidences d'association sont les plus robustes, selon les revues systématiques et les méta-analyses consultées.

Parmi les facteurs sociétaux, on retrouve les inégalités entre les hommes et les femmes (ex. : niveau de revenu ou d'éducation), des normes stéréotypées en fonction du genre (ex. : l'homme est le pourvoyeur de la famille) et, plus globalement, des normes sociales propices à la violence (ex. : valorisation de la résolution des conflits par le recours à la violence) [10,11,22,81].

Le deuxième niveau de facteurs concerne la communauté dans laquelle les personnes évoluent (ex. : le quartier, le milieu de travail ou l'école). Selon certaines études, le niveau de criminalité et la violence présente dans le voisinage pourraient contribuer à expliquer les taux de violence conjugale [10,76]. Le niveau de tolérance de la communauté à la violence en général et à la violence conjugale en particulier serait associé à la violence conjugale [10,11]. Cette association s'expliquerait notamment par la normalisation ou la légitimation des comportements violents dans certains contextes [12], ou par une certaine adhésion à une norme collective de non-intervention [76]. Par ailleurs, bien que la violence conjugale se retrouve dans tous les milieux, il appert de plus en plus que certaines caractéristiques sociodémographiques du quartier ou du

voisinage, particulièrement la défavorisation (pauvreté et chômage) et une certaine désorganisation sociale (faible niveau d'efficacité collective¹¹ ou de capital social¹², incivilités), pourraient contribuer à augmenter le risque de violence conjugale dans un milieu [10,11,22,76,78]. Les résultats des études ayant considéré des facteurs communautaires sont néanmoins mitigés pour certains indicateurs, et la démonstration empirique de leur lien avec la violence conjugale demeure à approfondir [76,78]. D'ailleurs, des auteurs ont avancé l'hypothèse que les caractéristiques des communautés considérées à risque en ville, par exemple le désavantage économique, pourraient agir comme un facteur de protection en milieu rural [84]. À noter également que certaines études démontrent une relation entre les facteurs communautaires et les facteurs individuels. À titre d'exemple, une étude menée dans la ville de Toronto a fait ressortir une interaction entre le capital social (individuel et communautaire) et d'autres caractéristiques perçues des milieux (ex. : sécurité dans le quartier ou problèmes perçus) sur le risque de violence physique ou psychologique de la part d'un partenaire [85].

Le troisième niveau de facteurs concerne les relations que les personnes entretiennent entre elles (les partenaires intimes, les pairs et la famille). La qualité de la relation conjugale, c'est-à-dire la présence de conflits et de discorde, et l'insatisfaction quant à la relation conjugale ressortent dans la documentation scientifique comme des facteurs de risque assez constants et robustes [10,11,78,79,86]. En ce qui a trait au statut matrimonial, des données canadiennes indiquent que les conjoints en union libre, divorcés ou séparés, seraient plus à risque de violence conjugale [87–91]. Cependant, les données pour le Québec révèlent que la violence vécue au sein de couples en union libre serait en décroissance et que ce facteur de risque tendrait à s'estomper avec l'évolution du profil de l'état matrimonial¹³ [70,88]. Enfin, une relation de plus longue durée semble constituer un facteur de protection [89], mais des nuances pourraient exister selon l'âge des partenaires, le nombre d'années au sein de la relation et la forme de violence documentée [86,87].

Les caractéristiques des partenaires, particulièrement au regard des antécédents de violence conjugale au sein de la relation, les comportements de possessivité et de jalousie, ainsi que les conceptions stéréotypées des rôles sexuels dans le couple ont également été associées à la violence conjugale [10,22,78,79,93]. Enfin, dans une perspective plus large de parcours de vie, l'environnement familial dans l'enfance et à l'adolescence (ex. : la présence de conflits au sein de la famille) ou le fait d'entretenir des relations avec des pairs violents à l'adolescence ressortent comme des facteurs relationnels augmentant le risque de violence conjugale à l'âge adulte [77].

Le quatrième niveau est constitué des facteurs individuels. Il s'agit des facteurs les plus documentés dans les études. Des caractéristiques sociodémographiques ont été associées au fait de subir de la violence conjugale ou d'en commettre (jeune âge, chômage, faible revenu/statut socioéconomique, faible niveau de scolarité) [10,11,78,79]. La consommation abusive d'alcool, un faible niveau de soutien social, une santé physique compromise, des problèmes de santé mentale (ex. : dépression ou présence de troubles mentaux), des attitudes personnelles favorables à la violence et l'adoption de comportements antisociaux ont également été documentés comme augmentant le risque de subir ou de commettre de la violence conjugale [10,11,22,78,79]. De plus, la présence de problèmes de comportements et la consommation de drogues et d'alcool à l'adolescence prédisent la violence dans les relations intimes à l'âge adulte [77]. La plupart de ces facteurs ont été examinés dans des études québécoises ou canadiennes, et ce, auprès de groupes variés [78,86,87,89–91,94–102].

¹¹ « Capacité d'une communauté à exercer un contrôle et à intervenir lorsque surgit un problème. Elle est composée à partir des indicateurs de la cohésion sociale et du contrôle social informel. » [82]

¹² « Le capital social d'une communauté (ou d'un quartier) correspond aux caractéristiques de l'organisation sociale reposant sur les réseaux, les normes, les relations de confiance, la coordination et la coopération pour un bénéfice mutuel. Il facilite le soutien social, la cohésion sociale et la participation sociale. » [83]

¹³ Les proportions de personnes vivant en union libre par rapport à celles mariées continuent de croître au Canada, et c'est particulièrement vrai au Québec [92].

Par ailleurs, les expériences de violence dans l'enfance (négligence, abus physiques, agressions sexuelles et mauvais traitements psychologiques) et l'exposition à la violence conjugale ressortent comme des facteurs de risque de violence conjugale les plus constants dans la documentation scientifique internationale [10,11,22,77,78], canadienne et québécoise [70,86,89,103]. Cette association se retrouve tant pour la victimisation que pour la perpétration de violence conjugale. Il en va de même des antécédents de violence subis à l'adolescence [77].

Quelles sont les interactions entre les différents facteurs associés à la violence conjugale?

L'effet des parcours de vie

Les facteurs de risque et de protection aux niveaux individuel et relationnel renvoient à la fois aux contextes et aux parcours de vie dans l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte. Par exemple, le lien entre la victimisation en contexte familial et amoureux à des stades précoces de la vie et la violence conjugale à l'âge adulte illustre certainement comment les expériences dans l'enfance et l'adolescence des conjoints peuvent se répercuter plus tard dans la vie conjugale. Cette influence s'expliquerait par différents mécanismes dont l'accumulation des expériences négatives (effet de cumul), l'interaction des trajectoires (ex. : familiale, scolaire, de travail, de santé) qui façonnent le parcours de vie et une possible transmission intergénérationnelle des comportements violents. Outre la victimisation, les parcours de vie sont fortement influencés par des facteurs socioéconomiques et d'autres caractéristiques des personnes et de l'environnement. Une analyse des trajectoires de victimisation démontre qu'une partie des femmes et des hommes qui ont vécu de la violence conjugale dans leur relation antérieure transitent par après vers des relations de couple non violentes. Les ressources matérielles et financières disponibles contribueraient à cette transition, tandis que les expériences de victimisation dans l'enfance rendraient cette rupture de trajectoire moins probable [104]. Ainsi, les facteurs de risque de violence conjugale tendent à être liés et à s'influencer entre eux, et ce, même à travers les différents stades de la vie [78].

L'effet des interactions avec les milieux de vie

Au-delà des caractéristiques et des comportements individuels, la violence conjugale est influencée par les milieux de vie dans lesquels évoluent les personnes. En effet, comme décrit précédemment, des interactions existent entre la violence vécue à l'échelle d'un quartier et celle qui affecte les individus dans la sphère intime. Parallèlement, un milieu sécuritaire et soutenant dans une collectivité locale (ex. : quartier), une école ou la famille élargie pourrait atténuer l'effet des facteurs de risque que l'on retrouve au plan individuel ou relationnel [105]. Ainsi, la distribution des facteurs de risque et de protection au sein de la population, et les caractéristiques de l'interaction entre ces facteurs peuvent expliquer en partie les variations de la prévalence de la violence conjugale d'une communauté à l'autre.

L'effet des inégalités sociales et du contexte socioéconomique

Plusieurs facteurs individuels associés à la violence conjugale (ex. : revenu, chômage, niveau de scolarité) sont liés à des conditions de vie difficiles des personnes, et soulèvent l'influence plus large des déterminants structurels de la santé sur le risque de vivre de la violence conjugale. Mentionnons à ce titre le genre, l'accès aux logements de qualité et sécuritaire, l'éducation et le revenu. Par exemple, le coût élevé d'un logement et le manque de ressources économiques peuvent contraindre les femmes à demeurer dans une relation violente en limitant leur accès à un logement de qualité et sécuritaire. Par ailleurs, la violence conjugale fragilise souvent la situation économique des femmes, notamment à travers ses conséquences sur la santé (ex. : blessures qui nécessitent la consultation d'un médecin) et la capacité à occuper un emploi (ex. : stress engendré, absentéisme). En ce sens, les politiques sociales qui visent notamment à éliminer la pauvreté, à favoriser l'insertion des femmes sur le marché du travail et à réduire les inégalités entre les hommes et les femmes sont susceptibles de réduire la violence conjugale en agissant sur des déterminants structurels [106].

Encadré 2 – La coercition reproductive en contexte conjugal

Auteure : Sylvie Lévesque

Définition et manifestations

À l'intersection des domaines des violences faites aux femmes et de la santé reproductive, la coercition reproductive (CR) réfère à des comportements de contrôle et de force commis dans le but d'interférer ou d'orienter la trajectoire contraceptive et reproductive de l'autre partenaire [107]. Elle se manifeste par l'impossibilité, pour la personne qui en est victime, de détenir le contrôle sur ses choix reproductifs [108]. La littérature permet d'identifier trois types de manifestations de la CR, soit le sabotage contraceptif, les pressions relatives à la grossesse et la coercition lors de la grossesse.

Le *sabotage contraceptif* renvoie à l'interférence avec la méthode contraceptive utilisée par la partenaire en recourant à l'une ou plusieurs de ces tactiques : cacher, saboter ou détruire les pilules contraceptives; briser ou percer les condoms ou ne pas utiliser le retrait (coït interrompu) comme convenu [109]. Le partenaire peut également faire usage de violence physique pour nuire à la contraception de sa partenaire (ex. : retirer l'anneau vaginal, les timbres contraceptifs ou le stérilet) ou avoir recours à des stratégies plus insidieuses telles qu'enlever le condom durant la relation sexuelle à l'insu de sa partenaire. Sur le plan économique, le partenaire peut empêcher ou réduire l'accès aux services de santé en ne soutenant pas financièrement la femme pour l'achat de contraception. Au plan psychologique, le partenaire peut utiliser les menaces, formuler des accusations (ex. : « tu ne me fais pas confiance en m'obligeant à mettre un condom ») ou manipuler la partenaire pour qu'elle n'utilise pas de moyens contraceptifs [108].

Les *pressions relatives à la grossesse* renvoient aux comportements qui ont pour but de mettre de la pression sur la femme en faisant la promotion de la grossesse sans égard à ses intentions reproductives [109,110]. L'homme peut mettre de la pression sur la partenaire pour ne pas qu'elle utilise de moyens contraceptifs afin de tomber enceinte, la menacer de représailles ou de la blesser physiquement si elle ne devient pas enceinte (ex. : la menacer de mettre un terme à la relation, la menacer d'infidélité ou de vouloir fonder une famille avec une autre partenaire) [111].

Finalement, la *coercition lors de la grossesse* renvoie aux comportements coercitifs qui se manifestent lorsque la femme ne répond pas aux demandes de son partenaire quant à l'issue de sa grossesse [108,109]. À titre d'exemple, le conjoint peut menacer sa partenaire qui ne désire pas être enceinte et la forcer à mener à terme sa grossesse ou, à l'inverse, forcer sa partenaire à mettre fin à la grossesse même si ce n'est pas ce qu'elle désire [110,112]. Le conjoint peut aussi blesser physiquement sa partenaire de façon à provoquer une fausse couche [109,113], ou encore l'empêcher d'avoir accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en refusant de contribuer aux frais liés à celle-ci, ou en créant des obstacles économiques ou matériels pour faire en sorte que l'IVG soit plus difficile d'accès, par exemple en refusant de lui prêter sa voiture pour qu'elle puisse se rendre au rendez-vous [108].

Bien que les dynamiques et les contextes de la CR demeurent peu documentés, une étude réalisée auprès de jeunes femmes adultes recevant des services dans des cliniques de planification familiale émet l'hypothèse que le contrôle reproductif précéderait les violences physiques et sexuelles, ce qui expliquerait le lien significatif entre le contrôle reproductif et la violence conjugale [112]. Ainsi, bien que la violence conjugale ne présente pas nécessairement de manifestations de CR, cette dernière est souvent accompagnée de violence conjugale [114,115].

Ampleur

Il s'agit d'une forme de violence peu documentée et peu mesurée dans les enquêtes portant sur les violences, notamment au Québec [116], limitant ainsi la possibilité de dresser un état des lieux québécois. Toutefois, les études menées aux États-Unis permettent d'entrevoir que la situation est préoccupante d'un point de vue de santé publique. Une enquête populationnelle rapporte que près de 9 % des femmes ont été victimes de CR [117]. La prévalence serait toutefois plus élevée au sein d'échantillons de femmes recrutées en milieu clinique.

Les données obtenues auprès de 1 278 jeunes femmes de 16 à 29 ans sondées dans des cliniques de planification familiale révèlent que 19,1 % d'entre elles avaient été victimes de coercition quant à l'issue de leur grossesse, alors que 15 % avaient été victimes de sabotage contraceptif [112]. La prévalence de la CR est aussi élevée au sein d'un échantillon de femmes recruté dans une clinique d'obstétrique et de gynécologie : 16 % des femmes se présentant à leur rendez-vous gynécologique rapportent avoir déjà vécu au moins une fois dans leur vie une forme de CR, et plus d'une femme sur dix rapporte avoir vécu de la CR lors d'une grossesse (11 %) [110].

Pour l'instant, une seule étude semble avoir documenté des comportements de CR vécue par des hommes dans un contexte conjugal. Dans cette étude menée au niveau national aux États-Unis auprès de 8 079 hommes, 10,4 % d'entre eux ont rapporté qu'une partenaire intime avait déjà tenté de devenir enceinte alors qu'ils ne désiraient pas avoir d'enfant, 8,7 % ont rapporté qu'une partenaire tentait d'empêcher l'utilisation de moyens contraceptifs, et 3,8 % ont rapporté qu'une partenaire refusait d'utiliser le condom [117].

Conséquences, facteurs de risque et de protection

La CR a des conséquences néfastes sur la santé et le bien-être des personnes qui en sont victimes. En plus des conséquences associées à la violence conjugale, la CR porte spécifiquement atteinte à l'autonomie reproductive. Elle limite le choix de moyens contraceptifs, leur négociation et leur usage, augmente le recours à la contraception d'urgence, et est associée à une fréquence plus importante de grossesses non désirées et d'IVG ainsi qu'à un risque accru de transmission d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) [107,110,118,119].

Comme la recherche dans ce domaine demeure limitée, peu de facteurs de risque concernant la CR chez les femmes sont documentés. À l'instar de la violence conjugale, les facteurs contribuant à expliquer la distribution et les variations de la prévalence de la CR au sein d'une population se situent à différents niveaux. Au niveau individuel, être adolescente ou jeune adulte (Miller et collab., 2010a), être de minorité racialisée [110], avoir un faible statut socioéconomique ou un faible revenu [110], avoir un faible niveau de scolarité [110] et présenter des symptômes dépressifs [120] seraient des facteurs de risque associés à une probabilité accrue, pour les femmes, de vivre de la CR. Au niveau relationnel, être célibataire [110], avoir un partenaire plus âgé [120], vivre de la violence conjugale [121] et vivre de la violence sexuelle [122] augmenteraient les probabilités de vivre de la CR. Au niveau communautaire, présenter des attitudes négatives découlant de normes sociales genrées augmenterait la perpétration de violences sexuelles et reproductives par les hommes à l'égard des femmes [123]. La littérature consultée ne permet pas pour l'instant de dégager des facteurs qui agiraient comme un effet protecteur de CR chez les femmes.

Prévention et intervention

Quelques pistes de prévention prometteuses ont été identifiées dans la littérature. Tout d'abord, les études recommandent l'implantation de programmes d'éducation à la sexualité qui feraient la promotion de la santé sexuelle, et ce, dans le but d'augmenter l'utilisation de moyens contraceptifs chez les jeunes hommes qui présenteraient des résistances face à cet usage [124]. De plus, une meilleure connaissance des méthodes contraceptives de longue durée (ex. : système ou dispositif intra-utérin, injection contraceptive) peut influencer leur adoption par les femmes, limitant de ce fait les possibilités d'interférence du partenaire. Par ailleurs, il est aussi suggéré de sensibiliser les femmes au sujet des tactiques pouvant être employées par les hommes pour éviter d'utiliser des moyens contraceptifs, en plus de favoriser chez elles le développement de compétences pour être en mesure de faire face à ces tactiques [124]. Ces stratégies de réduction des méfaits pourraient accroître la sécurité des femmes et réduire les risques de grossesses non planifiées [108,125]. Les cliniques médicales et de planification des naissances sont des endroits pouvant permettre l'identification et l'évaluation de la violence conjugale et de la coercition reproductive. Ces cliniques pourraient jouer un rôle important auprès des femmes en faisant de l'éducation préventive à propos de la violence conjugale et de la CR, et en les référant aux ressources appropriées [126].

Conséquences sur la santé

La violence conjugale affecte la santé et le bien-être de l'ensemble de la population. De nombreuses études québécoises, canadiennes et en provenance d'autres pays (ex. : États-Unis, Royaume-Uni) ont documenté les conséquences de la violence conjugale sur la santé à partir d'échantillons cliniques ou populationnels [1,127]. Le tableau 5 en dresse un inventaire.

Tableau 5 **Conséquences de la violence conjugale sur la santé**

Types de conséquences	Problèmes de santé
État de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépression [1,127] ▪ Idéations suicidaires [1,127] ▪ État de stress post-traumatique [70,127] ▪ Anxiété [127] ▪ Détresse psychologique [127]
Santé sexuelle, reproductive et périnatale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grossesse non désirée, interruption volontaire de grossesse (IVG) [1] ▪ Troubles gynécologiques [127] ▪ Infections transmissibles sexuellement (ITS) dont virus d'immunodéficience humaine (VIH)^a [127] ▪ Fausses couches [128] ▪ Faible poids à la naissance, naissance prématurée [1,129]
Habitudes de vie dommageables/à risque	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problèmes liés à la consommation d'alcool [1,130] ▪ Tabagisme [130] ▪ Comportements sexuels à risque d'ITS ou du VIH [130] ▪ Automédication et prise d'antidépresseurs [127,131]
Problèmes de santé chroniques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleurs chroniques [127] ▪ Troubles gastro-intestinaux [127] ▪ Fatigue chronique [127] ▪ Troubles du sommeil [127] ▪ Syndrome du côlon irritable (Dillon et collab. 2013) ▪ Allergies, problèmes respiratoires [127] ▪ Maladies cardiovasculaires ou problèmes de circulation sanguine (incluant l'accident vasculaire cérébral) [127,130] ▪ Cholestérol élevé [130] ▪ Asthme [130] ▪ Arthrite, fibromyalgie [127,130] ▪ Mauvais état de santé perçu [127,128]
Blessures, limitations et décès	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blessures physiques : ecchymoses, coupures, égratignures, fêlures, fractures, lésions internes, etc. [1,9,70] ▪ Limitations fonctionnelles [127,130] ▪ Tentatives de suicide et suicides [1,127] ▪ Décès par homicide [1,2]

^a Les études ayant démontré une association entre le VIH et la violence conjugale proviennent principalement de pays en voie de développement, où l'infection est endémique. La situation pourrait être différente en contexte canadien.

Effets de la violence conjugale sur la santé physique

Au Canada, en 2014, 40 % des femmes et 24 % des hommes victimes de violence conjugale physique ou sexuelle ont indiqué avoir été blessés physiquement¹⁴ [70]. La proportion pour les femmes s'apparente aux observations dans d'autres pays puisqu'on y estime à environ 42 % la proportion de femmes victimes de violence conjugale ayant subi des blessures physiques. Les blessures à la tête, au cou et au visage sont parmi les plus fréquentes, suivies par les blessures musculo-squelettiques et aux organes génitaux [1].

Outre les blessures physiques, la violence conjugale entraîne toute une gamme de problèmes de santé chronique, notamment parce qu'elle semble associée à l'adoption de comportements à risque pour la santé (consommation abusive d'alcool, tabagisme, comportements sexuels à risque) [1,127,130]. Les femmes victimes de violence conjugale sur une période plus longue tendent d'ailleurs à se percevoir en moins bonne santé physique et mentale [128]. Des conséquences sur la santé sexuelle, reproductive et périnatale ont également été documentées. Au Québec et au Canada, plus de 10 % des femmes vivent de la violence conjugale pendant qu'elles sont enceintes ou dans la période périnatale [131–133]. Or, la violence conjugale lors de la grossesse, en plus de compromettre la santé et le bien-être de la mère [134,135], peut également engendrer différentes conséquences sur la santé de l'enfant à naître (ex. : faible poids à la naissance ou naissance prématurée) [129].

Ultimement, la violence conjugale peut mener à des décès, principalement de femmes et d'enfants [136], mais aussi de personnes dans l'entourage des victimes ainsi que du partenaire violent dans les cas d'homicides-suicides [137]. En 2014, au Québec, 26 tentatives de meurtre en contexte conjugal ont été perpétrées par un homme et 6 l'ont été par une femme. La totalité des homicides conjugaux ont été commis par des hommes envers une conjointe ou une ex-conjointe (11 homicides de femmes) [9]. Par rapport aux hommes victimes de violence conjugale, les femmes victimes rapportent davantage ne pas se sentir en sécurité et craindre pour leur vie ou celle de leurs enfants [128].

Chez les femmes victimes de violence conjugale, on observe une persistance des conséquences sur la santé même lorsque la violence prend fin [127]. Ainsi, la violence conjugale mène à une trajectoire de santé hautement compromise, et ce, même des années après que la violence ait cessé. À l'échelle mondiale, chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, la violence conjugale arrive au troisième rang des facteurs de risque réduisant l'espérance de vie (mesurée en année de vie ajustée en fonction de l'incapacité) [138].

Effets de la violence conjugale sur le fonctionnement social et l'état de santé mentale

Au-delà des conséquences directes sur l'intégrité physique des personnes, la violence conjugale entraîne des perturbations dans la vie des victimes (ex. : absentéisme au travail, difficultés dans les études ou au travail) (41 % des femmes contre 25 % des hommes) et des bouleversements émotifs (ex. : colère, déception, « déprime », crainte, « être sous le choc ») [70]. Ces conséquences peuvent générer de l'instabilité résidentielle et des difficultés financières compromettant directement et indirectement la santé des femmes [139].

La violence conjugale génère du stress, de la tristesse, de la peur et de l'anxiété chez les personnes qui en sont victimes, et fragilise leur estime de soi [131]. Plus encore, les problèmes de santé mentale persistants (dépression, anxiété, état de stress post-traumatique), qui sont parmi les conséquences de la violence conjugale les plus fréquemment documentées [127], compromettent à plus long terme la santé physique et le bien-être des victimes [136]. Une étude réalisée à partir de données canadiennes a démontré que les femmes subissent davantage ces conséquences que les hommes. Les différences seraient attribuables, selon les

¹⁴ Les types de blessures physiques les plus fréquents étant des ecchymoses, des coupures, des égratignures et des brûlures [128].

auteurs, au fait que la violence subie par les femmes répondrait davantage aux caractéristiques de la violence conjugale sévère¹⁵ et comportant du contrôle coercitif [20].

Dans l'ESG 2014, 16 % des victimes de violence conjugale (22 % pour les femmes et 9 % pour les hommes) ont déclaré au moins trois des symptômes de l'état de stress post-traumatique [70]. La prévalence de ces symptômes augmente en fonction de la nature (formes et sévérité) des expériences de violence subie et leur caractère récurrent (tableau 6), ce qui laisse entrevoir un effet cumulatif à travers le temps qui modulerait l'ampleur et la persistance des conséquences sur la santé physique et mentale des victimes [127,136].

Tableau 6 Symptômes de l'état de stress post-traumatique chez les victimes de violence conjugale, selon la nature de la violence conjugale

Violence conjugale	Trois symptômes ou plus de l'état de stress post-traumatique		
	Hommes (%)	Femmes (%)	Total (%)
Victime de violence physique ou sexuelle au cours des cinq dernières années	9	22	16
Nombre d'incidents (1 reprise)	nd	nd	4
Nombre d'incidents (2 à 10 reprises)	nd	nd	19
Nombre d'incidents (10 reprises ou plus)	nd	nd	36
Avoir subi une agression sexuelle, avoir été battu, étranglé ou menacé avec une arme à feu ou un couteau	nd	nd	32

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale sur la victimisation, 2014 [70].

Effets de la revictimisation

Les données récentes de l'ESG 2014 démontrent que les Canadiens et les Québécois qui ont vécu de la violence conjugale de la part d'un conjoint ou d'un ex-conjoint rapportent souvent avoir vécu des mauvais traitements dans l'enfance [70,140]. Une étude réalisée auprès d'un petit échantillon de femmes canadiennes, portant sur les effets cumulatifs des expériences de violence conjugale, semble démontrer la variété des trajectoires de victimisation des femmes victimes de violence conjugale, ainsi que leurs différences sur le plan socioéconomique et quant à l'ampleur des conséquences sur la santé [141]. Comparativement aux femmes qui n'ont pas été maltraitées dans leur enfance, les victimes de violence conjugale qui l'ont été rapporteraient des manifestations plus sévères d'anxiété et de dépression à l'âge adulte [142]. Cet effet d'interaction indique que la revictimisation jouerait un rôle important dans les mécanismes expliquant les séquelles psychologiques de la violence conjugale.

¹⁵ La violence conjugale sévère se caractérise par le fait de vivre de façon fréquente tous les comportements violents documentés dans l'étude, dont ceux les plus sévères dans l'échelle (ex. : avoir subi une agression sexuelle, avoir été battu, étranglé ou menacé avec une arme à feu ou un couteau) [19].

Encadré 3 – Contexte de vulnérabilité à la violence conjugale

Auteure : Nathalie Sasseville

Selon le Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale, certaines personnes vivent dans des contextes qui les rendent particulièrement vulnérables à la violence conjugale, dont « les personnes âgées, handicapées, immigrantes, issues des communautés culturelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles et transgenres ainsi que les hommes victimes de violence conjugale » [143]. Ces contextes peuvent se caractériser par une dynamique ou des manifestations de violence conjugale particulières, une gravité ou des conséquences plus sévères, et des difficultés d'accès aux services et aux ressources d'aide.

Si le Québec identifie des populations dites vivant dans des contextes de vulnérabilité, cette notion n'est cependant pas directement abordée par les études scientifiques dans le domaine de la violence conjugale. De plus, les études qui abordent la violence conjugale au sein de chacune de ces populations sont peu nombreuses, et différents enjeux méthodologiques limitent la compréhension du phénomène. À titre d'exemple, les études examinent généralement la violence conjugale à partir des mêmes indicateurs que ceux utilisés dans la population en général, sans nécessairement tenir compte des spécificités associées aux différents contextes de vulnérabilité [93].

Récemment, une recension de la littérature s'est intéressée à la compréhension de la manifestation de la violence conjugale dans certains de ces contextes de vulnérabilité [144]. Les résultats de cette synthèse ont mis en lumière que la vulnérabilité à la violence conjugale se manifeste de différentes façons : par une prévalence de la violence conjugale plus élevée, par le fait de vivre des formes de violence spécifiques (ex. : menaces de révéler l'orientation sexuelle) ou par la présence de facteurs de risque uniques découlant des différents contextes (ex. : processus migratoire). Les paragraphes qui suivent visent donc à illustrer ces différents aspects de la vulnérabilité à la violence conjugale chez les personnes âgées, handicapées, immigrantes et les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles (LGB).

Ampleur du problème

Selon les données canadiennes de l'ESG, il est possible d'observer que les taux de prévalence de la violence conjugale varient d'un contexte de vulnérabilité à l'autre. En 2009, les personnes âgées et immigrantes étaient moins nombreuses à vivre de la violence conjugale comparativement à la population en général [131,145]. À l'inverse, les personnes handicapées et LGB étaient près du double à avoir vécu des actes de violence physique ou sexuelle dans les cinq années précédant l'enquête [131,145].

Même si peu d'études se sont intéressées aux variations intragroupes, de manière générale, la prévalence de la violence conjugale au sein de ces groupes de personnes n'est pas uniforme. Des études montrent en effet que certains sous-groupes de ces populations sont proportionnellement plus touchés par la violence conjugale. C'est le cas notamment des personnes bisexuelles [146-148], des femmes immigrantes en provenance de pays en voie de développement [149], des personnes handicapées dont les limitations sont sévères [150], ainsi que les personnes âgées de 50 à 65 ans [151,152].

Par ailleurs, les enquêtes populationnelles, telles que l'ESG, permettent d'établir que ces quatre groupes de personnes vivent des formes de violence similaires à celles examinées au sein de la population en général : physique, sexuelle, psychologique et économique. Les études menées auprès d'échantillons cliniques révèlent cependant que certaines formes de violence conjugale sont caractéristiques au contexte de vulnérabilité dans lequel les personnes vivent. Ainsi, la négligence** (ex. : le fait de négliger de donner une médication ou de donner des soins) serait une forme de violence particulièrement fréquente vécue par les personnes âgées et handicapées [153,154]. La menace de dévoilement de l'orientation sexuelle (*outing*) serait quant à elle une forme de violence présente chez les couples de même sexe [155]. Il en va de même pour le contexte d'immigration dans lequel le conjoint, pour exercer un contrôle sur la victime, a recours à la menace de déportation, à la confiscation des papiers, etc. [156].

* Voir section sur l'ampleur de la violence conjugale dans ce chapitre.

** Certains auteurs utilisent le terme « maltraitance ».

Facteurs associés aux contextes de vulnérabilité

Bien que les personnes vivant en contexte de vulnérabilité soient exposées aux mêmes facteurs de risque que ceux de la population en général, le contexte de vulnérabilité dans lequel elles se situent peut accentuer le risque de victimisation et complexifier les stratégies pour s'en protéger [6,93]. Des études montrent également que la vulnérabilité à la violence conjugale de ces populations va au-delà de simples caractéristiques individuelles (ex. : âge, nature du handicap, etc.). Elle est le résultat d'un ensemble de facteurs familiaux, communautaires et structurels qui s'influencent mutuellement [157–159]. En voici quelques exemples.

Les rapports sociaux de discrimination sont susceptibles de moduler l'expérience de violence et la recherche d'aide pour les personnes vivant dans un ou des contextes de vulnérabilité [6]. La discrimination basée sur le genre, l'origine ethnique, le statut d'immigrant, l'âge, l'orientation sexuelle et le handicap sont en effet des éléments associés à la violence conjugale [160,161].

Les normes sociales qui cautionnent la violence, que ce soit dans la société ou dans les communautés d'appartenance, accroissent le risque de subir de la violence conjugale pour les personnes vivant en contexte de vulnérabilité. Le processus de socialisation à des valeurs patriarcales ainsi que les croyances religieuses renforçant les rôles traditionnels de genre sont tous des facteurs associés à la victimisation ou à la perpétration de la violence conjugale chez les personnes âgées, handicapées et immigrantes [162–164]. Dans le même sens, la peur des communautés lesbiennes et gaies de nourrir des sentiments homophobes et le désir de maintenir une image idéalisée des rapports égalitaires dans les couples de même sexe constituent un frein au dévoilement de la victimisation. Cette situation contribue ainsi à rendre vulnérables les personnes victimes de violence conjugale en les isolant davantage [165].

L'exposition, tout au cours de la vie, à des dynamiques de violence dans les relations intimes (ex. : au sein de la famille, dans le couple) est associée à un risque accru de vivre de la violence conjugale chez les personnes âgées, handicapées, immigrantes, lesbiennes, gaies ou bisexuelles [96,146,155,166–169]. Selon les études, le fait de dépendre de l'entourage pour les soins quotidiens [168,170] et de ne pas correspondre aux stéréotypes sociaux en raison de différences personnelles liées à un handicap, à l'âge, à une orientation sexuelle ou à l'appartenance ethnique [149,169,171,172] sont des éléments qui contribuent à augmenter la vulnérabilité de ces personnes à subir de la violence tant pendant l'enfance qu'à l'âge adulte, et ce, par de multiples personnes, dont un conjoint.

Des déterminants sociaux font en sorte que certains de ces groupes de personnes n'ont pas toujours les mêmes possibilités que les autres, ce qui les rend vulnérables à la violence conjugale. À titre d'exemple, l'exposition à des conditions socioéconomiques précaires telles que le faible revenu, la faible scolarisation et le fait de ne pas avoir d'emploi sont des facteurs de risque associés à la violence conjugale chez les personnes âgées et immigrantes [173–175].

Conséquences

Les études montrent que les conséquences de la violence conjugale vécue par les personnes âgées, handicapées, immigrantes et LGBTQ sont similaires à celles observées dans la population générale. Toutefois, le cumul des expériences de violence subies par ces personnes tout au cours de leur vie les fragilise davantage et en exacerbe les conséquences. Les études font valoir en effet que les expériences de victimisation vécues tout au cours de la vie affectent la santé physique (ex. : handicap résultant de la violence subie), mentale (ex. : traumatismes, anxiété, dépression, stress lié au statut minoritaire qui engendre de l'homophobie intériorisée, etc.) et le fonctionnement social de ces personnes. Plus encore, ces conséquences tendent à se cumuler et à se cristalliser, affectant ainsi l'habileté et l'espoir de ces personnes à se sortir du cycle de la violence [148,162,176]. L'ensemble de ces conséquences est d'ailleurs associé à un risque accru de subir ou de commettre de la violence conjugale [148,177].

■ En somme

La violence conjugale affecte la santé et le bien-être des femmes¹⁶. Diverses études provenant de différents contextes et réalisées auprès de populations variées ont démontré un large éventail de conséquences, incluant des blessures, des problèmes de santé chroniques, des troubles mentaux et des répercussions sur la santé reproductive. Ces observations réitèrent l'importance de prévenir la violence conjugale pour améliorer la santé et le bien-être de la population.

Les expériences de violence semblent avoir un effet cumulatif sur la santé des victimes. Plus encore, les conséquences de la violence conjugale peuvent persister même après que la violence conjugale ait cessé.

Les conséquences de la violence conjugale dépassent largement celles vécues par les victimes directes. Les enfants qui sont exposés à la violence conjugale sont plus susceptibles de présenter un ensemble de séquelles affectant leur fonctionnement et pouvant perdurer à l'âge adulte.

Certains groupes de la population peuvent présenter une vulnérabilité accrue à la violence conjugale en raison d'un cumul de caractéristiques les rendant plus fragiles aux conséquences de la violence conjugale et moins susceptibles d'obtenir de l'aide.

Prévenir la violence conjugale

En plus d'offrir du soutien et des services aux personnes affectées par la violence conjugale, l'ampleur et les conséquences de celle-ci appellent à des efforts de prévention primaire. La prévention primaire vise à réduire l'incidence de la violence conjugale en agissant sur les facteurs en amont (tableau 4) qui augmentent le risque que des comportements violents surviennent [11], ou sur ceux qui protègent contre leur apparition. Une compréhension adéquate de ces facteurs permet d'implanter les programmes et les stratégies de prévention les plus appropriés possible [10].

C'est à partir des données scientifiques disponibles et des expériences de prévention, mises de l'avant au Québec et ailleurs, qu'il est possible de dégager certains principes ou balises pouvant orienter les efforts de prévention.

S'appuyer sur les meilleures connaissances scientifiques

Quelques revues de littérature [10,11,179,180], dont certaines systématiques [181], ont recensé les connaissances scientifiques en matière de prévention primaire de la violence conjugale, de la violence faite aux femmes [182,183] ou, plus globalement, de la violence interpersonnelle [184]. Il en ressort quelques constats généraux, notamment sur l'évaluation de l'efficacité des programmes.

- Les programmes qui ont démontré une certaine efficacité sont implantés pour la majorité en contexte scolaire et visent principalement à modifier les attitudes, à sensibiliser à la violence dans les relations amoureuses et à augmenter les connaissances. Plus largement, il semble se dégager que les interventions qui se déploient avec une certaine intensité (durée et répétition), qui comportent plusieurs composantes et qui agissent à différents niveaux du modèle écologique, obtiennent de meilleurs résultats

¹⁶ Les conséquences de la violence conjugale sur la santé des hommes ont été moins étudiées, mais certaines études laissent présager qu'elles pourraient être de même nature, mais moins fréquentes, notamment compte tenu des manifestations et de la nature de la violence conjugale qui seraient différentes. L'étude des conséquences de la violence conjugale vécue par les hommes demeure peu abordée en recherche [178].

quant à l'augmentation des connaissances, à la modification des attitudes et, plus marginalement, des comportements.

- Des questions demeurent, notamment à savoir quelles sont les composantes d'efficacité de ces interventions, la capacité de reproduire les résultats de ces interventions dans d'autres contextes, et le potentiel de combiner à la fois des programmes à portée universelle avec des programmes ciblés qui visent certaines populations plus à risque (ex. : personnes ayant subi de la maltraitance durant l'enfance, adolescentes enceintes) [179–182].
- La plupart des auteurs arrivent à la conclusion que peu de programmes de prévention primaire ont été évalués de façon rigoureuse, et que peu de programmes ayant démontré une efficacité pour réduire ou prévenir les comportements violents commis ou subis en contexte conjugal ont été identifiés [179,181,182]. Cette observation réitère la nécessité de poursuivre les efforts pour évaluer rigoureusement les initiatives de prévention [182], et ce, même si des avancées dans les connaissances scientifiques ont été faites [179].

Le tableau 7 présente les stratégies jugées prometteuses pour prévenir la violence conjugale; une description sommaire de chaque stratégie et des facteurs sur lesquels elles agissent y figurent. Il est à noter que la plupart de ces stratégies ne ciblent pas spécifiquement la violence conjugale, mais agissent sur des facteurs de risque (ex. : maltraitance envers les enfants) ou de protection (ex. : promotion de relations amoureuses égalitaires et non violentes à l'adolescence), et comportent en ce sens un potentiel de prévention¹⁷. Plusieurs initiatives ou programmes québécois, dont certains ayant fait l'objet d'une évaluation, visent des objectifs apparentés aux stratégies de prévention présentées dans le tableau 7. Par exemple, les programmes ViRAJ et PASSAJ visent à promouvoir des relations amoureuses égalitaires et non violentes chez les jeunes, tandis que des programmes tels que Les amis de Zippy ou le programme Fluppy cherchent à développer les compétences personnelles et sociales chez les enfants d'âge préscolaire ou scolaire. D'autres initiatives ciblent plus spécifiquement la promotion du bien-être des enfants exposés à la violence conjugale (voir l'encadré 1 sur les enfants exposés). Par ailleurs, certaines approches (ex. : école en santé) et certains services déployés au Québec (ex. : SIPPE) qui favorisent le développement global des enfants et des jeunes et le soutien aux familles, sans cibler spécifiquement la prévention de la violence conjugale, s'inscrivent dans la foulée de ces stratégies et ont le potentiel de réduire la violence conjugale.

¹⁷ Pour un aperçu plus détaillé des programmes de prévention, le lecteur est invité à consulter les chapitres sur la violence et la maltraitance envers les enfants (chapitre 2) et sur la violence dans les relations amoureuses des jeunes (chapitre 4).

Tableau 7 Stratégies de prévention primaire en lien avec la violence conjugale¹⁸

Stratégie	Description
Développer les habiletés sociales des enfants et des adolescents [11,184]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objectif : vise le développement des compétences personnelles et sociales, dont la résolution des conflits et la capacité à agir comme témoins actifs, par des interventions éducatives en classe, parfois avec une composante ciblant également l'environnement scolaire, la famille ou la communauté. ■ Principaux facteurs ciblés : compétences personnelles et sociales (ex. : résolution des conflits), normes sociales propices à la violence, problèmes de comportements et comportements antisociaux, climat scolaire.
Promouvoir des relations amoureuses saines et exemptes de violence à l'adolescence^a [11,179,181-184]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objectif : vise à améliorer les connaissances, les attitudes et les habiletés relationnelles des jeunes par des interventions éducatives en classe, parfois avec une composante ciblant également l'environnement scolaire, la famille ou la communauté. ■ Principaux facteurs ciblés : compétences personnelles et sociales (ex. : résolution des conflits), normes sociales propices à la violence et normes traditionnelles quant aux rôles des deux sexes.
Favoriser des relations sécuritaires, stables et saines entre les enfants et leurs parents [10,11,182-184]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objectif : vise à favoriser le développement des enfants en soutenant les parents dans l'exercice de leur rôle et en rehaussant leurs compétences parentales à travers des programmes de visites à domicile par un professionnel de la santé ou des programmes de développement des compétences parentales. ■ Principaux facteurs ciblés : environnement familial dans l'enfance et l'adolescence, exposition à la violence conjugale et maltraitance dans l'enfance.
Agir sur les normes sociales [10,11,184]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objectif : vise à transformer les normes sociales liées à la violence et au genre en améliorant les connaissances et les attitudes par divers moyens (approche de marketing social, campagnes de sensibilisation dans les médias, ateliers en milieu scolaire ou sportif), et ce, en ciblant parfois spécifiquement les garçons et les hommes. ■ Facteurs ciblés : normes sociales propices à la violence, normes traditionnelles quant aux rôles des deux sexes, inégalités entre les hommes et les femmes.
Réduire l'accessibilité et la consommation abusive d'alcool [10,11,184]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objectif : vise à réduire l'accessibilité et les problèmes liés à la consommation d'alcool par divers moyens (ex. : réglementation de la vente et de la consommation, counseling). ■ Facteur ciblé : consommation abusive d'alcool, accessibilité à l'alcool.

^a Consulter le chapitre 4 sur la violence dans les relations amoureuses des jeunes pour en savoir davantage sur cette stratégie et les programmes qui y sont associés.

¹⁸ Les stratégies et programmes jugés efficaces ou prometteurs sont tirés de revues de la littérature. Dans un souci de pertinence socioéconomique, les stratégies ou les programmes dont les seules évidences sont tirées de pays en voie de développement ou en émergence (ex. : programme de microcrédits destiné aux femmes) ne figurent pas dans le tableau 7.

Agir tôt

La plupart des stratégies présentées dans le tableau 7 tentent d'intervenir auprès des enfants et des jeunes, soulignant l'importance d'agir tôt dans le parcours de vie (voir chapitres 2 et 4). En considérant l'influence prédictive de certains facteurs développementaux qui augmentent le risque de violence conjugale vécue à l'âge adulte [77] et le fait que la violence entre partenaires intimes peut s'installer dès l'adolescence [78,179,185], il apparaît essentiel de saisir les occasions de prévenir la violence conjugale en agissant sur le contexte familial des enfants et des adolescents [77,78,179]. Il s'agit aussi de stades de développement où se forment les conceptions sur les rôles attribués aux hommes et aux femmes, où les modes de résolution des conflits et les modes d'interactions familiales et intimes se développent. L'enfance et l'adolescence constituent par ailleurs des moments où les liens sociaux protecteurs (ex. : qualité de la relation parents-enfants, la supervision des parents) peuvent avoir une grande influence, notamment sur l'adoption ou non de comportements violents. Afin de maximiser les efforts de prévention, les facteurs de risque les plus appuyés par les connaissances scientifiques devraient être ciblés en priorité [78]. Il importe cependant de rappeler que les études scientifiques mesurent le plus souvent des facteurs individuels et relationnels, limitant de ce fait les connaissances empiriques sur des facteurs sociétaux et communautaires qui sont très pertinents d'un point de vue théorique.

Cibler les facteurs sociétaux et communautaires

La grande majorité des programmes de prévention de la violence conjugale qui ont été évalués ont cherché à modifier les connaissances ou les attitudes des personnes sans nécessairement s'attaquer aux facteurs structureaux et environnementaux qui influencent les comportements individuels [3]. Pourtant, la reconnaissance du fait que la violence conjugale constitue un problème social appelle également à des changements dans la société québécoise, afin de créer des environnements favorables à des comportements non violents. Le potentiel de gains en matière de prévention est plus important avec ce type de stratégie, puisqu'elle agit à tous les stades de la vie et auprès de l'ensemble de la population, peu importe le niveau de risque.

Il est possible, par exemple, d'agir sur les facteurs sociétaux ayant une influence sur la prévalence de la violence conjugale par des modifications dans la législation (ex. : améliorer les règles de partage du patrimoine familial en cas de séparation, offrir la possibilité de résilier un bail en cas de violence conjugale), et par des politiques économiques et sociales qui réduisent les disparités entre les hommes et les femmes (ex. : favoriser l'emploi de femmes dans des métiers non traditionnels, faciliter l'accessibilité aux services de garde). À cet effet, une analyse des inégalités entre les hommes et les femmes dans trois pays a démontré l'influence des politiques sociales (ex. : éducation, revenu, politiques familiales) sur la prévalence de la violence conjugale et les conséquences de celle-ci [106]. L'effet sur la violence conjugale de l'amélioration des conditions de vie des femmes par la réduction de l'écart salarial entre les hommes et les femmes et une plus grande intégration au marché du travail a aussi été démontré empiriquement [186]. L'implantation de services destinés aux femmes victimes de violence conjugale et l'accès plus facile au divorce sont d'autres illustrations de changements sociaux qui ont certainement contribué à la diminution des homicides conjugaux au Québec et au Canada, notamment en améliorant la sécurité des femmes. Par ailleurs, il semble que l'adoption de politiques publiques visant spécifiquement la réduction de la violence faite aux femmes, par exemple le *Violence Against Women Act (VAWA)*¹⁹ aux États-Unis, a contribué à faire diminuer la prévalence de la violence conjugale et des homicides conjugaux, notamment à travers l'octroi de financement pour l'implantation de programmes de prévention [182].

¹⁹ Adopté en 1994, le VAWA vise à coordonner les efforts en matière de réponse sociojudiciaire et de prévention de la violence domestique et de la violence sexuelle. Des fonds sont consacrés à différents paliers pour soutenir des initiatives en ce sens. Le VAWA pourrait s'apparenter sur certains aspects à la Politique d'intervention en matière de violence conjugale adoptée par le Québec en 1995.

En outre, la modification des normes sociales qui cautionnent la violence envers les femmes et les filles est une stratégie de prévention à mettre de l'avant [187]. Une étude récente utilisant des données provenant d'une quarantaine de pays a démontré que les normes sociales à l'échelle nationale ou infranationale influencent à la fois la violence conjugale au niveau populationnel et le risque individuel de subir de la violence de la part d'un partenaire [81]. Le traitement médiatique adéquat des cas de violence conjugale et des homicides intrafamiliaux [187,188] et l'adoption d'une approche positive des relations intimes misant sur des principes d'égalité, d'inclusion et de non-violence [3] constituent d'autres avenues à explorer en matière de prévention de la violence conjugale. Il est à noter que les campagnes médiatiques seules ne semblent pas suffisantes pour réduire la violence conjugale, mais la prise en compte de certains principes pourrait en améliorer l'efficacité [189,190]. Les campagnes qui s'appuient sur des principes du marketing social et sur les connaissances scientifiques les plus probantes en matière de violence sont plus susceptibles d'atteindre les objectifs fixés [184,189]. Une analyse des campagnes de sensibilisation sur la violence conjugale a montré, par exemple, que les approches qui comportent une composante destinée aux hommes ayant des comportements violents ont une plus-value comparativement aux campagnes visant exclusivement les femmes victimes [189].

Enfin, certaines caractéristiques propres à un milieu, telles que la défavorisation et le manque de soutien social, pourraient également être des cibles d'intervention visant à prévenir la violence conjugale [190] et, plus globalement, la violence en général. Les connaissances scientifiques tirées d'autres domaines laissent penser que l'amélioration des conditions de vie au niveau des communautés pourrait constituer une stratégie prometteuse pour prévenir la violence conjugale.

Diversifier les stratégies

La complexité entourant les causes et les motivations sous-jacentes à la violence conjugale invite à diversifier les stratégies pour la prévenir avant qu'elle ne survienne [190]. Voici quelques exemples de bonnes pratiques permettant de diversifier les stratégies.

Mobiliser différents secteurs dans des efforts intégrés et concertés

Les facteurs de risque et de protection agissent dans plusieurs sphères (famille, communauté, société) et les leviers pour agir sur ceux-ci se situent dans différents secteurs de la société (santé, éducation, loisirs et sports, justice, sécurité publique, développement économique, etc.). Il est donc recommandé de miser sur des efforts multisectoriels et coordonnés [3,12]. Au Québec, les tables de concertation intersectorielle en violence conjugale sont un pilier de l'action préventive et du soutien aux victimes à l'échelle nationale, régionale et locale [191–193]. Pour développer des réponses adaptées à l'échelle locale et impliquant des partenaires, un *Guide d'analyse de la violence conjugale sur un territoire*²⁰ a d'ailleurs été développé au Québec. Il vise à soutenir les différents milieux dans la compréhension plus fine du problème qui peut être vécu sur un territoire, et de les impliquer dans la planification d'interventions préventives qui tiennent compte de la réalité de ce territoire [74].

Intervenir dans différents milieux

De plus en plus d'évidences scientifiques démontrent la possibilité de mener des activités de prévention primaire dans différents contextes (famille, école, communauté) [179]. Dans leur revue des programmes de prévention primaire de la violence conjugale, Whitaker et ses collaborateurs (2013) invitent à investir d'autres milieux peu exploités, tels que les médias, le milieu de travail et le milieu sportif. Certaines mesures incluses dans les plans d'action en matière de violence conjugale soutiennent des initiatives en ce sens, notamment en milieu sportif [192].

²⁰ Le guide a été développé en réponse à un engagement du Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale.

Cibler les facteurs « situationnels »

Certains facteurs dits « situationnels » peuvent venir exacerber ou augmenter la sévérité de la violence conjugale et méritent d'être considérés lorsque vient le temps de planifier des actions préventives. Ces facteurs sont souvent communs à plus d'un type de violence et, bien que n'étant pas la cause de la violence conjugale, ils constituent des conditions aggravantes sur lesquelles il est pertinent d'intervenir. L'accessibilité aux armes à feu et la consommation abusive d'alcool en sont des exemples. Différentes mesures axées sur les environnements (ex. : contrôle de l'accessibilité aux armes à feu, réduction de l'accessibilité à l'alcool par une hausse des prix, une limitation des points de vente et des heures de vente d'alcool) ou sur les personnes (ex. : vérifications des antécédents avant l'acquisition d'une arme à feu, offre de traitement aux personnes présentant des problèmes de consommation) peuvent être considérées pour agir sur ces facteurs [10,11,184].

■ L'action gouvernementale en matière de prévention de la violence conjugale

Au Québec, l'intervention et la prévention en matière de violence conjugale s'articulent autour de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale – Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale. Cette Politique positionne la prévention comme un axe d'intervention à privilégier pour apporter une solution durable au problème. Cela se traduit à travers plusieurs engagements des plans d'action qui l'accompagnent, visant la promotion de rapports égaux entre les sexes et la réduction de la tolérance sociale face à la violence et à la violence conjugale en particulier (Gouvernement du Québec, 1995), ainsi que l'adoption par les nouvelles générations de modèles relationnels fondés sur le respect des droits de la personne, les responsabilités individuelles et le respect des différences [143]. L'objectif ultime étant d'enrayer les causes de la violence conjugale et d'adopter une vision sociale à moyen et à long termes (Gouvernement du Québec, 1995). Afin d'atteindre cet objectif, différentes mesures visant à promouvoir des rapports égaux entre les sexes et à favoriser la réduction de la tolérance sociale à la violence ont été réalisées à travers les différents plans d'action [192] ou sont en cours de réalisation.

Références

- [1] World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. [En ligne]. Genève : World Health Organization, 2013. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
- [2] Zhang T. et collab. Une estimation de l'incidence économique de la violence conjugale au Canada en 2009. Ottawa : Ministère de la Justice du Canada, 2012.
- [3] Michau L. et collab. « Prevention of violence against women and girls: lessons from practice ». *The Lancet* [En ligne]. 2015. Vol. 385, n°9978, p. 1672-1684. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61797-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61797-9)
- [4] Mitchell C., Vanya M. « Explanatory framework of intimate partner violence ». In : Mitchell C, Anglin D (éd.). *Intim. Partn. Violence Health-Based Perspect.* Oxford : Oxford University Press, 2009. p. 39-51.
- [5] Nicolaidis C., Paranjape A. « Defining intimate partner violence: controversies and implications ». In : Mitchell C, Anglin D (éd.). *Intim. Partn. Violence Health-Based Perspect.* Oxford : Oxford University Press, 2009. p. 19-29. ISBN : 978-0-19-972072-9.
- [6] Lessard G. et collab. « Les violences conjugales, familiales et structurelles: vers une perspective intégrative des savoirs ». *Rev. Int. Enfances Fam. Génér.* 2015. Vol. 22, p. 1-26.
- [7] Gouvernement du Québec. Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer. Québec : Gouvernement du Québec, 1995.
- [8] Boivin R., Ouellet F. « La Politique d'intervention en matière de violence conjugale, dix-huit ans plus tard: Évaluation de l'impact sur le système judiciaire québécois ». *Serv. Soc.* [En ligne]. 2013. Vol. 59, n°2, p. 51. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1019109ar>
- [9] Ministère de la Sécurité publique. Les infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal au Québec - Faits saillants 2014. Québec : Ministère de la Sécurité publique, 2016.
- [10] Heise L. L. What works to prevent partner violence? An evidence overview. STRIVE, 2011.
- [11] 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.
- [12] Heise L. L., Garcia-Moreno C. « La violence exercée par des partenaires intimes ». In : *Rapp. Mond. Sur Violence Santé.* Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002. p. 97-135.
- [13] Lapierre S., Côté I. « La typologie de la violence conjugale de Johnson: quand une contribution proféministe risque d'être récupérée par le discours masculiniste et antiféministe ». *Intervention.* 2014. n°140, p. 69-79.
- [14] Johnson M. P. « Les types de violence familiale ». In : Rinfret-Raynor M et collab. (éd.). *Violence Envers Femmes Réal. Complexes Nouv. Enjeux Dans Un Monde En Transform.* Québec : Presses de l'Université du Québec, 2014. p. 15-32.
- [15] Johnson M. P. « Conflict and Control Gender Symmetry and Asymmetry in Domestic Violence ». *Violence Women* [En ligne]. 11 janvier 2006. Vol. 12, n°11, p. 1003-1018. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077801206293328>
- [16] Kelly J. B., Johnson M. P. « Differentiation among types of intimate partner violence: research update and implications for interventions ». *Fam. Court Rev.* [En ligne]. 2008. Vol. 46, n°3, p. 476-499. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2008.00215.x>
- [17] Johnson M. P., Leone J. M. « The Differential Effects of Intimate Terrorism and Situational Couple Violence Findings From the National Violence Against Women Survey ». *J. Fam. Issues* [En ligne]. 4 janvier 2005. Vol. 26, n°3, p. 322-349. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0192513X04270345>
- [18] Stark E. « Une re-présentation des femmes battues. Contrôle coercitif et défense de la liberté ». In : Rinfret-Raynor M et collab. (éd.). *Violence Envers Femmes Réal. Complexes Nouv. Enjeux Dans Un Monde En Transform.* Québec : Presses de l'Université du Québec, 2014. p. 33-51.
- [19] Ansara D. L., Hindin M. J. « Exploring gender differences in the patterns of intimate partner violence in Canada: a latent class approach ». *J. Epidemiol. Community Health* [En ligne]. octobre 2010. Vol. 64, n°10, p. 849-854. Disponible sur : <https://doi.org/10.1136/jech.2009.095208>
- [20] Ansara D. L., Hindin M. J. « Psychosocial consequences of intimate partner violence for women and men in Canada ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. Mai 2011. Vol. 26, n°8, p. 1628-1645. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0886260510370600>
- [21] Fortin I., Dugal N., Guay S. « Les conséquences de la violence conjugale chez les jeunes couples ». In : Rinfret-Raynor M et collab. (éd.). *Violence Envers Femmes Réal. Complexes Nouv. Enjeux Dans Un Monde En Transform.* Québec : Presses de l'Université du Québec, 2014. p. 169-181.
- [22] Hagemann-White C. et collab. *Review of Research on Factors at Play in Perpetration.* 2010.
- [23] Doucet M., Fortin A. « Examen des profils d'adaptation chez les enfants exposés à la violence conjugale. [Review of patterns of adaptation in children exposed to spousal violence.] ». *Can. J. Behav. Sci. Rev. Can. Sci. Comport.* [En ligne]. 2014. Vol. 46, n°2, p. 162-174. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/a0028368>
- [24] Kassis W. et collab. « Finding the way out: a non-dichotomous understanding of violence and depression resilience of adolescents who are exposed to family violence ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. mars 2013. Vol. 37, n°2-3, p. 181-199. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.11.001>

- [25] Wolfe D. A. et collab. « The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critique ». *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* [En ligne]. Septembre 2003. Vol. 6, n°3, p. 171-187. Disponible sur : <https://doi.org/10.1023/A:1024910416164>
- [26] Holden G. W. « Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and Taxonomy ». *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* [En ligne]. 2003. Vol. 6, n°3, p. 151-160. Disponible sur : <https://doi.org/10.1023/A:1024906315255>
- [27] Lessard G., Damant D., Hamelin-Brabant L. « L'exposition à la violence conjugale ». In : Dufour S, Clément M-É (éd.). *Violence Maltraitance Envers Enfants En Milieu Fam. Anjou* : Éditions CEC, 2009. p. 79-92.
- [28] Lavergne C., Hélie S., Malo C. « Prévalence et incidence de l'exposition des enfants à la violence conjugale et défis conceptuels et méthodologiques reliés à la mesure du phénomène ». In : Lapierre S, Lessard G, Brabant H (éd.). *Violences Dans Vie Enfants Adolesc. PUQ*, sous presse.
- [29] Clément M.-É. et collab. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012. Les attitudes parentales et les pratiques familiales.* Québec : Institut de la statistique du Québec, 2013.
- [30] Hélie S. et collab. *Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2008 (ÉIQ-2008).* Montréal : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2012.
- [31] Trocmé N. et collab. *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008.* Ottawa : Agence de santé publique du Canada, 2010.
- [32] Cyr K. et collab. « Polyvictimization and victimization of children and youth: Results from a populational survey ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Octobre 2013. Vol. 37, n°10, p. 814-820. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.009>
- [33] Finkelhor D. et collab. « Polyvictimization: Children's exposure to multiple types of violence, crime and abuse ». *Juv. Justice Bull.* octobre 2011.
- [34] Hamby S. et collab. *Children's Exposure to Intimate Partner Violence and Other Family Violence.* NSCEV, 2011.
- [35] Sinha M. *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2010.* Ottawa : Statistique Canada, 2012. (Juristat).
- [36] Pilon F. et collab. *L'abus émotionnel et l'exposition à la violence conjugale en milieu familial à l'égard des enfants québécois âgés de 2 à 11 ans.* GRAVITÉ, Université du Québec en Outaouais, 2012.
- [37] Dumont A. et collab. « L'exposition à la violence familiale. Effets du cumul d'autres formes de violence ». *Criminologie.* 2014. Vol. 47, n°1, p. 149-166.
- [38] Goddard C., Bedi G. « Intimate partner violence and child abuse: a child-centred perspective ». *Child Abuse Rev.* [En ligne]. 2010. Vol. 19, n°1, p. 5-20. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/car.1084>
- [39] Grasso D. J. et collab. « Harsh Parenting As a Potential Mediator of the Association Between Intimate Partner Violence and Child Disruptive Behavior in Families With Young Children ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. juillet 2016. Vol. 31, n°11, p. 2102-2126. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0886260515572472>
- [40] Margolin G. et collab. « Youth Exposed to Violence: Stability, Co-occurrence, and Context ». *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* [En ligne]. mars 2009. Vol. 12, n°1, p. 39-54. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0040-9>
- [41] Turner H. A. et collab. « Polyvictimization and Youth Violence Exposure Across Contexts ». *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* [En ligne]. 2016. Vol. 58, n°2, p. 208-214. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.021>
- [42] Zolotor A. J. et collab. « Intimate partner violence and child maltreatment : Overlapping risk ». *Brief Treat. Crisis Interv.* [En ligne]. 2007. Vol. 7, n°4, p. 305-321. Disponible sur : <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhm021>
- [43] Sinha M. *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2013.* Ottawa : Statistique Canada, 2015. (Juristat vol. 34 no 1).
- [44] Flynn C., Dumont C. « Les enfants et les adolescents exposés à la violence : une analyse centrée sur la victime ? ». In : Lapierre S, Lessard G, Brabant H (éd.). *Violences Dans Vie Enfants Adolesc. PUQ*, sous presse.
- [45] Mikkonen J., Raphael D. *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes.* Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université de York, 2011.
- [46] Åkerlund N., Gottzén L. « Children's voices in research with children exposed to intimate partner violence: a critical review ». *Nord. Soc. Work Res.* [En ligne]. 10 mars 2016. Vol. 0, n°0, p. 1-12. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/2156857X.2016.1156019>
- [47] Kimball E. « Edleson Revisited: Reviewing Children's Witnessing of Domestic Violence 15 Years Later ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. 20 novembre 2015. Vol. 31, n°5, p. 625-637. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9786-7>
- [48] Lapierre S., Côté I. « L'appropriation du pouvoir dans un monde d'adultes : La parole aux enfants et aux adolescents vivants dans un contexte de violence conjugale par l'entremise d'une recherche participative ». In : Lapierre S, Lessard G, Brabant H (éd.). *Violences Dans Vie Enfants Adolesc. PUQ*, sous presse.
- [49] Fortin A., Doucet M., Damant D. « Children's appraisals as mediators of the relationship between domestic violence and child adjustment ». *Violence Vict.* 2011. Vol. 26, n°3, p. 377-392.
- [50] Casanueva C. et collab. « Quality of Maternal Parenting among Intimate-Partner Violence Victims Involved with the Child Welfare System ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. Août 2008. Vol. 23, n°6, p. 413-427. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9167-6>

- [51] Letourneau N. L., Fedick C. B., Willms J. D. « Mothering and Domestic Violence: A Longitudinal Analysis ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. 14 juillet 2007. Vol. 22, n°8, p. 649-659. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9099-6>
- [52] Racicot K., Fortin A., Dagenais C. « Réduire les conséquences de l'exposition de l'enfant à la violence conjugale : pourquoi miser sur la relation mère-enfant? » *Cah. Int. Psychol. Soc.* 29 février 2012. Vol. numéro 86, n°2, p. 321-342.
- [53] Holmes M. R. « Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: an examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Août 2013. Vol. 37, n°8, p. 520-530. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.12.006>
- [54] GAPI. Description du programme « Groupe Papa ». 2014.
- [55] Scott K. et collab. *Safe and Understood: Intervening with families to promote healthy child outcomes and prevent abuse recurrence for young child victims of domestic violence exposure.* En cours.
- [56] Dumont A. et collab. *L'exposition à la violence conjugale : les défis d'en parler de façon sécuritaire aux enfants.* Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2012.
- [57] Hester M. « The Three Planet Model: Towards an Understanding of Contradictions in Approaches to Women and Children's Safety in Contexts of Domestic Violence ». *Br. J. Soc. Work* [En ligne]. 7 janvier 2011. Vol. 41, n°5, p. 837-853. Disponible sur : <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr095>
- [58] Potito C. et collab. « Domestic Violence and Child Protection: Partnerships and Collaboration ». *Aust. Soc. Work* [En ligne]. 1 septembre 2009. Vol. 62, n°3, p. 369-387. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/03124070902964657>
- [59] Wendt S. « Building and Sustaining Local Coordination: An Australian Rural Community Responds to Domestic and Family Violence ». *Br. J. Soc. Work* [En ligne]. 2010. Vol. 40, n°1, p. 44-62. Disponible sur : <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcn114>
- [60] Drouin M.-E. et collab. *Guide d'implantation pour une pratique concertée en violence conjugale et en maltraitance : agir ensemble pour le mieux-être des enfants.* 2014.
- [61] Lessard G. et collab. « Concerted Practice-Based Actions in Intimate Partner and Family Violence: When the Children's Well-Being Is the Central Concern ». *Soc. Sci.* [En ligne]. 30 septembre 2014. Vol. 3, n°4, p. 650-671. Disponible sur : <https://doi.org/10.3390/socsci3040650>
- [62] Lessard G., Alvarez-Lizotte P. « The exposure of children to intimate partner violence: Potential bridges between two fields in research and psychosocial intervention. Research and interventions often focus on a specific form of violence without considering other forms of victimization ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Octobre 2015. Vol. 48, p. 29-38. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.004>
- [63] Côté I. et collab. « Prévention et traitement en matière d'exposition à la violence conjugale ». In : Dufour S, Clément M-É (éd.). *Violence Maltraitance Envers Enfants En Milieu Fam.* Anjou : Éditions CEC, 2009. p. 93-112.
- [64] Breiding M. et collab. *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 2.0.* Atlanta : National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2015.
- [65] Straus M. A. « Gender symmetry and mutuality in perpetration of clinical-level partner violence: Empirical evidence and implications for prevention and treatment ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. Juillet 2011. Vol. 16, n°4, p. 279-288. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.04.010>
- [66] Stark E. « Do Violent Acts Equal Abuse? Resolving the Gender Parity/Asymmetry Dilemma ». *Sex Roles* [En ligne]. 15 novembre 2009. Vol. 62, n°3-4, p. 201-211. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s11199-009-9717-2>
- [67] Damant D., Guay F. « La question de la symétrie dans les enquêtes sur la violence dans le couple et les relations amoureuses ». *Can. Rev. Sociol. Anthropol.* Mai 2005. Vol. 42, n°2, p. 125-144.
- [68] Sinha M. *Tendances du signalement des incidents de victimisation criminelle à la police, 1999 à 2009.* Ottawa : Statistique Canada, 2015. (Juristat vol. 35 n° 1).
- [69] Flores J., Gravel M.-A., Lecours C. *Compendium sur la mesure de la violence conjugale au Québec.* Québec : Institut de la statistique du Québec, 2017.
- [70] Burczycka M. « Tendances en matière de violence conjugale autodéclarée au Canada, 2014 ». In : *Violence Fam. Au Can. Un Profil Stat.* 2014. Ottawa : Statistique Canada, 2016. p. 3-21.
- [71] Flores J., Gravel M.-A., Lecours C. *Compendium sur la mesure de la violence conjugale au Québec.* Québec : Institut de la statistique du Québec, 2017. 126 p.
- [72] Boyce J. *Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2014.* Ottawa : Statistique Canada, 2015. (Juristat vol. 35 no 1).
- [73] Dawson M., Bunge V. P., Balde T. « National trends in intimate partner homicides: explaining declines in Canada, 1976 to 2001 ». *Violence Women* [En ligne]. Mars 2009. Vol. 15, n°3, p. 276-306. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077801208330433>
- [74] Gagné D., Laforest J., Maurice P. *Guide d'analyse de la violence conjugale sur un territoire.* Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2016. (Vivre en sécurité se donner les moyens).
- [75] Laforest J., Maurice P. *Violence conjugale dans la région de la Côte-Nord. Ampleur du problème, facteurs explicatifs et pistes d'intervention.* Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2011.
- [76] Beyer K., Wallis A. B., Hamberger L. K. « Neighborhood environment and intimate partner violence: a systematic review ». *Trauma Violence Abuse* [En ligne]. Janvier 2015. Vol. 16, n°1, p. 16-47. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1524838013515758>

- [77] Costa B. M. et collab. « Longitudinal predictors of domestic violence perpetration and victimization: A systematic review ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. Septembre 2015. Vol. 24, p. 261-272. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.06.001>
- [78] Capaldi D. M. et collab. « A systematic review of risk factors for intimate partner violence ». *Partn. Abuse.* 1 avril 2012. Vol. 3, n°2, p. 231-280.
- [79] Stith S. M. et collab. « Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. novembre 2004. Vol. 10, n°1, p. 65-98. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.09.001>
- [80] Rothman E. F., Bair-Merritt M. H., Tharp A. T. « Beyond the Individual Level. Novel Approaches and Considerations for Multilevel Adolescent Dating Violence Prevention ». *Am. J. Prev. Med.* [En ligne]. 1 septembre 2015. Vol. 49, n°3, p. 445-447. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.05.019>
- [81] Heise L. L., Kotsadam A. « Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys ». *Lancet Glob. Health* [En ligne]. Juin 2015. Vol. 3, n°6, p. e332-e340. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00013-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00013-3)
- [82] Laforest J. Indicateurs de vulnérabilité associés à la sécurité d'un territoire. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 2008.
- [83] Tremblay J. Développer le capital social et le pouvoir d'agir des communautés. 2015.
- [84] Foshee V. A. et collab. « The Synergy of Family and Neighborhood on Rural Dating Violence Victimization ». *Am. J. Prev. Med.* [En ligne]. 1 septembre 2015. Vol. 49, n°3, p. 483-491. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.06.005>
- [85] Kirst M. et collab. « The Effects of Social Capital and Neighborhood Characteristics on Intimate Partner Violence: A Consideration of Social Resources and Risks ». *Am. J. Community Psychol.* [En ligne]. 1 juin 2015. Vol. 55, n°3-4, p. 314-325. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10464-015-9716-0>
- [86] Dubois-Couture A. et collab. « Analyse des facteurs de risque associés à la victimisation psychologique, sexuelle et physique des étudiantes universitaires dans le contexte de leurs relations amoureuses ». *Rev. Psychoéducation.* 2011. Vol. 40, n°2, p. 217-239.
- [87] Poole C., Rietschlin J. « Intimate partner victimization among adults aged 60 and older: an analysis of the 1999 and 2004 General Social Survey ». *J. Elder Abuse Negl.* [En ligne]. Avril 2012. Vol. 24, n°2, p. 120-137. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/08946566.2011.646503>
- [88] Brownridge D. A. « Violence against cohabiting women: present perspective and future prospective ». In : *Violence Women Vulnerable Popul.* New York : Routledge/Taylor & Francis Group, 2009. p. 28-53.
- [89] Daigneault I., Hébert M., McDuff P. « Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: a study of risk factors ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Septembre 2009. Vol. 33, n°9, p. 638-647. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.04.003>
- [90] Brownridge D. A. et collab. « Violence against separated, divorced, and married women in Canada, 2004 ». *J. Divorce Remarriage.* 2008. Vol. 49, n°3-4, p. 308-327.
- [91] Romans S. et collab. « Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study ». *J. Interpers. Violence.* 2007. Vol. 22, n°12, p. 1495-1514.
- [92] Milan A., Bohnert N. Portrait des familles et situation des particuliers dans les ménages au Canada. Familles, ménages et état matrimonial, Recensement de la population de 2011. Ottawa : Statistique Canada, 2012. (Hors série).
- [93] Brownridge D. A. *Violence Against Women: Vulnerable populations.* New York : Routledge/Taylor & Francis Group, 2009. 296 p.(Contemporary Sociological Perspectives). ISBN : 978-0-415-99607-5.
- [94] Daoud N. et collab. « The contribution of socio-economic position to the excesses of violence and intimate partner violence among aboriginal versus non-Aboriginal Women in Canada ». *Can. J. Public Health Rev. Can. Santé Publique.* Août 2013. Vol. 104, n°4, p. e278-283.
- [95] Kimber M. S. et collab. « The associations between sex, immigrant status, immigrant concentration and intimate partner violence: evidence from the Canadian General Social Survey ». *Glob. Public Health* [En ligne]. 2013. Vol. 8, n°7, p. 796-821. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/17441692.2013.814701>
- [96] Du Mont J. et collab. « Factors associated with intimate partner violence by a former partner by immigration status and length of residence in Canada ». *Ann. Epidemiol.* 2012. Vol. 22, n°11, p. 772-777.
- [97] Finneran C. et collab. « Intimate Partner Violence and Social Pressure among Gay Men in Six Countries ». *West. J. Emerg. Med.* [En ligne]. Août 2012. Vol. 13, n°3, p. 260-271. Disponible sur : <https://doi.org/10.5811/westjem.2012.3.11779>
- [98] Yoshida K. et collab. « Factors associated with physical and sexual violence among Canadian women living with physical disabilities ». *Health Care Women Int.* [En ligne]. Août 2011. Vol. 32, n°8, p. 762-775. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.555826>
- [99] Brownridge D. A. « Intimate Partner Violence Against Aboriginal Men in Canada ». *Aust. N. Z. J. Criminol. Aust. Acad. Press.* août 2010. Vol. 43, n°2, p. 223-237.
- [100] Brownridge D. A. et collab. « The elevated risk for non-lethal post-separation violence in Canada: a comparison of separated, divorced, and married women ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. Janvier 2008. Vol. 23, n°1, p. 117-135. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0886260507307914>

- [101] Saewyc E. M. et collab. « Gender differences in violence exposure among university students attending campus health clinics in the United States and Canada ». *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* [En ligne]. Décembre 2009. Vol. 45, n°6, p. 587-594. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.03.024>
- [102] Brownridge D. A. « Understanding the elevated risk of partner violence against Aboriginal women: a comparison of two nationally representative surveys of Canada ». *J. Fam. Violence.* 2008. Vol. 23, p. 353-367.
- [103] Gagné M.-H., Lavoie F., Hébert M. « Victimization during childhood and revictimization in dating relationship in adolescent girls ». *Child Abuse Negl.* 2005. Vol. 29, n°10, p. 1155-1172.
- [104] Carbone-Lopez K., Rennison C. M., Macmillan R. « The transcendence of violence across relationships: New methods for understanding men's and women's experiences of intimate partner violence across the life course ». *J. Quant. Criminol.* Juin 2012. Vol. 28, n°2, p. 319-346.
- [105] Whitaker M. P. « Linking Community Protective Factors To Intimate Partner Violence Perpetration ». *Violence Women* [En ligne]. 1 novembre 2014. Vol. 20, n°11, p. 1338-1359. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077801214552854>
- [106] Larsen M. M. « Conclusion ». In : *Health Inequities Relat. Intim. Partn. Violence Women* [En ligne]. Springer International Publishing, 2016. p. 221-236. Disponible sur : <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-29565-7> (consulté le 3 juin 2016). ISBN : 978-3-319-29563-3.
- [107] Silverman J. G., Raj A. « Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control ». *PLOS Med* [En ligne]. 2014. Vol. 11, n°9. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001723> (consulté le 24 octobre 2016)
- [108] Moore A. M., Frohworth L., Miller E. « Male reproductive control of women who have experienced intimate partner violence in the United States ». *Soc. Sci. Med.* [En ligne]. 2010. Vol. 70, n°11, p. 1737-1744. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.009>
- [109] Chamberlain L., Levenson R. *Addressing Intimate Partner Violence, Reproductive and Sexual Coercion: A Guide for Obstetric, Gynecologic and Reproductive Health Care Settings. Future without violence*, 2012.
- [110] Clark L. E. et collab. « Reproductive coercion and co-occurring intimate partner violence in obstetrics and gynecology patients ». *Am. J. Obstet. Gynecol.* [En ligne]. 2014. Vol. 210, n°1, p. 42.e1-8. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.09.019>
- [111] Upadhyay U. D. et collab. « Development and validation of a reproductive autonomy scale ». *Stud. Fam. Plann.* [En ligne]. Mars 2014. Vol. 45, n°1, p. 19-41. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00374.x>
- [112] Miller E. et collab. « Pregnancy coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy ». *Contraception* [En ligne]. 2010. Vol. 81, n°4, p. 316-322. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.12.004>
- [113] De Sousa J., Burgess W., Fanslow J. « Intimate partner violence and women's reproductive health ». *Obstet. Gynaecol. Reprod. Med.* [En ligne]. 2014. Vol. 24, n°7, p. 195-203. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2014.04.012>
- [114] Bagwell-Gray M. E., Messing J. T., Baldwin-White A. « Intimate Partner Sexual Violence: A Review of Terms, Definitions, and Prevalence ». *Trauma Violence Abuse* [En ligne]. 2015. Vol. 16, n°3, p. 316-335. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1524838014557290>
- [115] Hall M. et collab. « Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *PLoS Med.* [En ligne]. 2014. Vol. 11, n°1. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001581> (consulté le 24 octobre 2016)
- [116] Lévesque S., Rousseau C. « La coercition reproductive vécue dans un contexte de relations intimes : revue des définitions, outils de mesure et facteurs de risque associés ». *J. Int. Vict.* 2016. Vol. 13, n°1, p. 1-20.
- [117] Black M. et collab. *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey : 2010 Summary Report*. Atlanta : National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
- [118] Gee R. E. et collab. « Power over parity: intimate partner violence and issues of fertility control ». *Am. J. Obstet. Gynecol.* [En ligne]. 2009. Vol. 201, n°2, p. 148.e1-7. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.04.048>
- [119] Pallitto C. C. et collab. « Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence ». *Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. Organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet.* [En ligne]. 2013. Vol. 120, n°1, p. 3-9. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.07.003>
- [120] Francis J. K. R. et collab. « 189. Relationship Between Depressive Symptoms and Birth Control Sabotage in Adolescent Females Initiating Contraception ». *J. Adolesc. Health* [En ligne]. 2015. Vol. 56, n°2, p. S97-S98. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.194>
- [121] 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
- [122] Thiel de Bocanegra H. et collab. « Birth control sabotage and forced sex: experiences reported by women in domestic violence shelters. » *Violence Women* [En ligne]. Mai 2010. Vol. 16, n°5, p. 601-612. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077801210366965>

- [123] Miller E., McCauley H. L. « Adolescent relationship abuse and reproductive and sexual coercion among teens ». *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* [En ligne]. Octobre 2013. Vol. 25, n°5, p. 364-369. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/GCO.0b013e328364ecab>
- [124] Davis K. C. et collab. « A qualitative examination of men's condom use attitudes and resistance: "it's just part of the game" ». *Arch. Sex. Behav.* [En ligne]. 2014. Vol. 43, n°3, p. 631-643. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0150-9>
- [125] Miller E. et collab. « Recent reproductive coercion and unintended pregnancy among female family planning clients ». *Contraception* [En ligne]. 2014. Vol. 89, n°2, p. 122-128. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.10.011>
- [126] American College of Obstetricians and Gynecologists. « ACOG Committee opinion no. 554: reproductive and sexual coercion. » *Obstet. Gynecol.* [En ligne]. 2013. Vol. 121, n°2 Pt 1, p. 411-415. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000426427.79586.3b>
- [127] Dillon G. et collab. « Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature ». *Int. J. Fam. Med.* [En ligne]. 23 janvier 2013. Vol. 2013, p. e313909. Disponible sur : <https://doi.org/10.1155/2013/313909>
- [128] Hutchins H., Sinha M. « Conséquences de la violence envers les femmes ». In : Sinha M (éd.). *Prod. No 85-002-X Au Cat. Stat. Can.* Ottawa : Statistique Canada, 2013. p. 84-101.
- [129] Hill A. et collab. « A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes ». *Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. Organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet.* [En ligne]. 11 mars 2016. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.10.023>
- [130] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). « Adverse health conditions and health risk behaviors associated with intimate partner violence--United States, 2005 ». *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 8 février 2008. Vol. 57, n°5, p. 113-117.
- [131] Sinha M. *Mesure de la violence faite aux femmes : tendances statistiques.* Ottawa : Statistique Canada, 2013. (Juristat).
- [132] Daoud N. et collab. « Prevalence of Abuse and Violence Before, During, and After Pregnancy in a National Sample of Canadian Women ». *Am. J. Public Health* [En ligne]. Octobre 2012. Vol. 102, n°10, p. 1893-1901. Disponible sur : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300843>
- [133] Agence de la santé publique du Canada. *Ce que disent les mères : l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité.* Ottawa : Gouvernement du Canada, 2009.
- [134] Alhusen J. L. et collab. « Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes ». *J. Womens Health* [En ligne]. 1 janvier 2015. Vol. 24, n°1, p. 100-106. Disponible sur : <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4872>
- [135] Brownridge D. A. et collab. « Pregnancy and Intimate Partner Violence: Risk Factors, Severity, and Health Effects ». *Violence Women* [En ligne]. 7 janvier 2011. Vol. 17, n°7, p. 858-881. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077801211412547>
- [136] Wathen N. *La victimisation avec violence : répercussions sur la santé des femmes et des enfants.* Ottawa : Division de la recherche de la statistique, ministère de la Justice Canada, 2012.
- [137] Tremblay G. *Rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux remis au ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des aînés.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012.
- [138] Shield K. D., Rehm J. « Global risk factor rankings: the importance of age-based health loss inequities caused by alcohol and other risk factors ». *BMC Res. Notes* [En ligne]. 9 juin 2015. Vol. 8,. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1207-8>
- [139] Daoud N. et collab. « Pathways and trajectories linking housing instability and poor health among low-income women experiencing intimate partner violence (IPV): Toward a conceptual framework ». *Women Health* [En ligne]. 11 septembre 2015. p. 1-18. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1086465>
- [140] Gravel M.-A. *Liens entre la violence vécue durant l'enfance et la violence conjugale subie à l'âge adulte - Analyse des données québécoises de l'Enquête sociale générale de 2014.* Québec : Institut de la statistique du Québec, 2017.
- [141] Davies L. et collab. « Patterns of Cumulative Abuse Among Female Survivors of Intimate Partner Violence: Links to Women's Health and Socioeconomic Status ». *Violence Women* [En ligne]. Janvier 2015. Vol. 21, n°1552-8448 (Electronic), p. 30-48. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077801214564076>
- [142] 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.
- [143] Gouvernement du Québec. *Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister et contrer la violence conjugale.* Québec : Gouvernement du Québec, 2012.
- [144] Sasseville N. et collab. *Théories explicatives, facteurs de risque et interventions efficaces au regard de la violence conjugale chez les personnes aînées, handicapées et immigrantes : similarités et distinctions entre ces trois contextes de vulnérabilité.* Québec : Fonds Québécois de la recherche sur la société et la culture, 2017.
- [145] Brennan S. « La violence conjugale autodéclarée, 2009 ». In : *Violence Fam. Au Can. Un Profil Stat.* Ottawa : Statistique Canada, 2011. p. 8-21.
- [146] Pyra M. et collab. « Sexual minority status and violence among HIV infected and at-risk women. » *J. Gen. Intern. Med.* [En ligne]. 2014. Vol. 29, n°8, p. 1131-1138. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2832-y>

- [147] McLaughlin K. A. et collab. « Disproportionate exposure to early-life adversity and sexual orientation disparities in psychiatric morbidity ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Septembre 2012. Vol. 36, n°9, p. 645-655. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.07.004>
- [148] Balsam K. F., Szymanski D. M. « Relationship quality and domestic violence in women's same-sex relationships: The role of minority stress ». *Psychol. Women Q.* [En ligne]. 1 septembre 2005. Vol. 29, n°3, p. 258-269. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00220.x>
- [149] Hyman I. et collab. « The association between length of stay in Canada and intimate partner violence among immigrant women ». *Am. J. Public Health* [En ligne]. 2006. Vol. 96, n°4, p. 654-659. Disponible sur : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.046409>
- [150] Schröttle M., Glammeier S. « Intimate partner violence against disabled women as a part of widespread victimization and discrimination over the lifetime: Evidence from a German representative study ». *Int. J. Confl. Violence.* 2013. Vol. 7, n°2, p. 232-248.
- [151] Stöckl H., Penhale B. « Intimate partner violence and its association with physical and mental health symptoms among older women in Germany ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. 2015. Vol. 30, n°17, p. 3089-3111. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0886260514554427>
- [152] Mezey N. J., Post L. A., Maxwell C. D. « Redefining intimate partner violence: women's experiences with physical violence and non-physical abuse by age ». *Int. J. Sociol. Soc. Policy* [En ligne]. 2002. Vol. 22, n°7/8, p. 122-154. Disponible sur : <https://doi.org/10.1108/01443330210790120>
- [153] Halicka M. et collab. « Law enforcement, the judiciary and intimate partner violence against the elderly in court file ». *Stud. Sociol.* 2015. Vol. 2, n°217, p. 195-214.
- [154] McFarlane J. et collab. « Abuse assessment screen-disability (AAS-D): Measuring frequency, type, and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities ». *J. Womens Health Gend. Based Med.* 2001. Vol. 10, n°9, p. 861-866.
- [155] Eaton L. et collab. « Examining factors co-existing with interpersonal violence in lesbian relationships. ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. 2008. Vol. 23, n°8, p. 697-705. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9194-3>
- [156] Raj A. et collab. « Immigration policies increase south Asian immigrant women's vulnerability to intimate partner violence. ». *J. Am. Med. Wom. Assoc.* 2005. Vol. 60, n°1, p. 26-32.
- [157] Plummer S.-B., Findley P. A. « Women with disabilities' experience with physical and sexual abuse: Review of the literature and implications for the field ». *Trauma Violence Abuse* [En ligne]. 2012. Vol. 13, n°1, p. 15-29. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1524838011426014>
- [158] Hightower J., Smith M. J. G., Hightower H. C. « Hearing the voices of abused older women ». *J. Gerontol. Soc. Work* [En ligne]. 2006. Vol. 46, n°3-4, p. 205-227. Disponible sur : https://doi.org/10.1300/J083v46n03_12
- [159] Rivers-Moore B. *La violence familiale à l'égard des femmes handicapées.* Ontario : Gouvernement du Canada, 1993.
- [160] Finneran C., Stephenson R. « Intimate partner violence, minority stress, and sexual risk-taking among U.S. men who have sex with men. ». *J. Homosex.* [En ligne]. 2014. Vol. 61, n°2, p. 288-306. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.839911>
- [161] Stephenson R. et collab. « Dyadic Characteristics and Intimate Partner Violence among Men Who Have Sex with Men ». *West. J. Emerg. Med.* juillet 2011. Vol. 12, n°3, p. 324-332.
- [162] Finfgeld-Connett D. « Intimate partner abuse among older women: qualitative systematic review ». *Clin. Nurs. Res.* [En ligne]. 2014. Vol. 23, n°6, p. 664-683. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1054773813500301>
- [163] Guruge S., Khanlou N., Gastaldo D. « Intimate male partner violence in the migration process: Intersections of gender, race and class. ». *J. Adv. Nurs.* [En ligne]. janvier 2010. Vol. 66, n°1, p. 103-113. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05184.x>
- [164] Kyriakakis S., Dawson B. A., Edmond T. « Mexican immigrant survivors of intimate partner violence: Conceptualization and descriptions of abuse ». *Violence Vict.* [En ligne]. 2012. Vol. 27, n°4, p. 548-562. Disponible sur : <https://doi.org/10.1891/0886-6708.27.4.548>
- [165] Ristock J. *Relationship Violence in Lesbian/Gay/Bisexual/Transgender/Queer [LGBTQ] Communities: Moving Beyond a Gender-Based Framework.* Harrisburg, PA : VAWnet, a project of the National Resource Center on Domestic Violence, 2005.
- [166] Stöckl H., Watts C., Penhale B. « Intimate partner violence against older women in Germany: Prevalence and associated factors. ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. 2012. Vol. 27, n°13, p. 2545-2564. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0886260512436390>
- [167] Lee E. « Domestic violence and risk factors among Korean immigrant women in the United States ». *J. Fam. Violence.* 2007. Vol. 22, n°3, p. 141-149.
- [168] Martin S. L. et collab. « Physical and sexual assault of women with disabilities ». *Violence Women* [En ligne]. septembre 2006. Vol. 12, n°9, p. 823-837. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077801206292672>
- [169] Balsam K. F., Rothblum E. D., Beauchaine T. P. « Victimization over the life span: A comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings ». *J. Consult. Clin. Psychol.* [En ligne]. 2005. Vol. 73, n°3, p. 477-487. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.477>
- [170] Nosek M. A. et collab. « National Study of Women with Physical Disabilities: Final Report ». *Sex. Disabil.* [En ligne]. Mars 2001. Vol. 19, n°1, p. 5-40. Disponible sur : <https://doi.org/10.1023/A:1010716820677>

- [171] Yon Y. et collab. « A National Comparison of Spousal Abuse in Mid- and Old Age. » *J. Elder Abuse Negl.* 2014. Vol. 26, n°1, p. 80-105.
- [172] Sormanti D. M. et collab. « Considering HIV Risk and Intimate Partner Violence among Older Women of Color: A Descriptive Analysis ». *Women Health* [En ligne]. 29 janvier 2004. Vol. 39, n°1, p. 45-63. Disponible sur : https://doi.org/10.1300/J013v39n01_03
- [173] Guedes D. T. et collab. « Socioeconomic status, social relations and domestic violence (DV) against elderly people in Canada, Albania, Colombia and Brazil. » *Arch. Gerontol. Geriatr.* [En ligne]. 5 juin 2015. Vol. 60, n°3, p. 492-500. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.01.010>
- [174] Vives-Cases C. et collab. « Identifying sociodemographic differences in intimate partner violence among immigrant and native women in Spain: A cross-sectional study ». *Prev. Med.* [En ligne]. 2010. Vol. 51, n°1, p. 85-87. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.03.017>
- [175] Morash M. et collab. « Risk factors for abusive relationships: a study of Vietnamese American immigrant women. » *Violence Women.* juillet 2007. Vol. 13, n°7, p. 653-675.
- [176] Divin C., Volker D. L., Harrison T. « Intimate partner violence in Mexican-American women with disabilities: A secondary data analysis of cross-language research. » *Adv. Nurs. Sci.* [En ligne]. 2013. Vol. 36, n°3, p. 243-257. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e31829edcdb>
- [177] Hill N. A. et collab. « Intimate partner abuse among African American lesbians: Prevalence, risk factors, theory, and resilience ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. Juillet 2012. Vol. 27, n°5, p. 401-413. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9439-z>
- [178] Randle A. A., Graham C. A. « A review of the evidence on the effects of intimate partner violence on men ». *Psychol. Men Masculinity* [En ligne]. 2011. Vol. 12, n°2, p. 97-111. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/a0021944>
- [179] Whitaker D. J. et collab. « Effectiveness of primary prevention efforts for intimate partner violence ». *Partn. Abuse* [En ligne]. 2013. Vol. 4, n°2, p. 175-195. Disponible sur : <https://doi.org/10.1891/1946-6560.4.2.175>
- [180] Whitaker D. J. et collab. « A critical review of interventions for the primary prevention of perpetration of partner violence ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. 2006. Vol. 11, n°2, p. 151-166. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.07.007>
- [181] Petering R., Wenzel S., Winetrobe H. « Systematic review of current intimate partner violence prevention programs and applicability to homeless youth ». *J. Soc. Soc. Work Res.* [En ligne]. 2014. Vol. 5, n°1. Disponible sur : <https://doi.org/10.1086/675851>
- [182] Ellsberg M. et collab. « Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? ». *Lancet* [En ligne]. 18 avril 2015. Vol. 385, n°9977, p. 1555-1566. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61703-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-7)
- [183] Arango D. et collab. *Interventions to reduce or prevent violence against women and girls: a systematic review of reviews.* Washington : World Bank, 2014. (Women's Voice, Agency and Participation Research Series).
- [184] OMS, Liverpool John Moores University. *Prévenir la violence: les faits.* Genève : Organisation mondiale de la santé, 2013.
- [185] Jewkes R., Flood M., Lang J. « From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls ». *The Lancet* [En ligne]. 2015. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61683-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61683-4)
- [186] Aizer A. « The Gender Wage Gap and Domestic Violence ». *Am. Econ. Rev.* [En ligne]. septembre 2010. Vol. 100, n°4, p. 1847-1859. Disponible sur : <https://doi.org/10.1257/aer.100.4.1847>
- [187] Fujie Parks L., Cohen L., Kravitz-Wirtz N. *Poised for prevention: Advancing promising approaches to primary prevention of intimate partner violence.* Prevention Institute, 2007.
- [188] Léveillé S. et collab. *La couverture médiatique des homicides intrafamiliaux. Mieux en comprendre les effets.* Montréal : Conseil de presse du Québec, 2015.
- [189] Cismaru M., Lavack A. M. « Campaigns targeting perpetrators of intimate partner violence ». *Trauma Violence Abuse* [En ligne]. octobre 2011. Vol. 12, n°4, p. 183-197. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1524838011416376>
- [190] Whitaker D. J., Baker C. K., Arias I. « Interventions to prevent intimate partner violence ». In : Doll LS et collab. (éd.). *Handb. Inj. Violence Prev.* Atlanta : Springer, 2007. p. 203-221. ISBN : 978-0-387-85769-5.
- [191] Bourque D. « Le développement social au Québec : sortir de politiques curatives pour aller vers des politiques préventives ». *Inf. Soc.* 10 février 2014. n°179, p. 38-46.
- [192] Secrétariat à la condition féminine. *Bilan de la mise en oeuvre du plan d'action gouvernemental 2004-2009.* Gouvernement du Québec, 2011.
- [193] Rondeau G. et collab. « Le profil des tables de concertation intersectorielle en matière de violence conjugale au Québec ». *Nouv. Prat. Soc.* [En ligne]. 2001. Vol. 14, n°1, p. 31. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/008323ar>

Chapitre 6

La maltraitance envers les personnes âgées

Marie Beaulieu, Roxane Leboeuf, Caroline Pelletier
avec la collaboration de Julien Cadieux Genesse

Messages clés

- La maltraitance envers les personnes âgées survient lorsqu'un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnel ou non, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée. Elle touche à la fois les personnes âgées qui vivent à domicile, en milieu d'hébergement ou dans tout autre milieu de vie.
- Au Québec, on distingue deux formes de maltraitance envers les personnes âgées : la violence et la négligence. La maltraitance peut être de type physique, sexuelle, psychologique, matérielle ou financière. Elle peut aussi être organisationnelle, se manifester par de la discrimination en fonction de l'âge (âgisme) ou la violation des droits.
- La maltraitance envers les personnes âgées est un problème complexe et multifactoriel qui s'inscrit dans une dynamique relationnelle dépassant la relation maltraitant-maltraité, puisqu'elle est influencée par des facteurs sociaux, politiques et culturels, ainsi que par des facteurs propres à la personne âgée, à la personne maltraitante et à l'environnement.
- La maltraitance peut avoir un impact immédiat à court et à long terme sur le bien-être global de la personne âgée. L'entourage de la personne maltraitée peut en être également affecté : les membres de la famille, les amis, le voisinage, le milieu de vie. Étant un problème social, la maltraitance envers les personnes âgées a des effets à long terme plus globaux sur la société, bien que ceux-ci soient méconnus, peu documentés et pas toujours aisément détectables.
- La prévention de la maltraitance envers les personnes âgées implique à la fois des actions visant la réduction des situations à risque, tant pour la personne âgée que pour son entourage, ainsi que la promotion d'attitudes positives envers les personnes âgées et la sensibilisation au phénomène. Elle comprend notamment des actions ayant comme objectifs d'informer et d'éduquer la population générale sur les facteurs de risque de la maltraitance (ex. : perceptions âgistes), mais aussi sur les bonnes pratiques pour diminuer le risque qu'une telle situation puisse s'installer (ex. : promotion de la bienveillance).
- Au Québec, la lutte à la maltraitance s'organise principalement autour des mesures du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*.

Introduction

Bien que les premiers écrits sur la maltraitance envers les personnes âgées aient été produits dans les années 1970 [1], ce n'est qu'au tournant des années 2000 que la maltraitance a été internationalement reconnue comme un problème social et de santé publique. En 1997, lors d'une rencontre de l'International Association of Gerontology and Geriatrics, en Australie, un groupe de chercheurs formaient l'International Network for the Prevention of Elder Abuse. C'est à ce réseau que l'on doit la Journée mondiale de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées, qui a lieu le 15 juin. Au Québec, cette journée de sensibilisation est connue sous le nom de la « campagne du ruban mauve ».

En 2002, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) proposait une définition de la maltraitance envers les personnes âgées, qui est encore largement reconnue, et l'Organisation des Nations Unies (ONU) incluait les thèmes de « l'abandon, les mauvais traitements et la violence » dans le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement¹. Bien que ce plan d'action soit non contraignant pour les États, des bilans sont régulièrement partagés dans l'enceinte de l'ONU.

Au Québec, la question de la maltraitance envers les personnes âgées a d'abord été abordée dans des colloques régionaux sur la violence à la fin des années 1970. La première étude sur le sujet, réalisée par l'Association québécoise de gérontologie, fut publiée au début des années 1980 [3]. En 1988, le réseau public de la santé et des services sociaux menait une première étude exploratoire sur le sujet [4]. En 1989, le rapport *Viellir... en toute liberté*, signé par le comité de travail sur les abus envers les personnes âgées mis en place par la ministre de la Santé et des Services sociaux, énonçait l'importance d'une directive gouvernementale articulée [5]. C'est en 2010 que le Québec s'est doté d'un Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, ci-après appelé le PAM-1 [6]. Ce plan quinquennal, prolongé jusqu'en 2017, a proposé quatre actions structurantes² et plus d'une trentaine de mesures pour bonifier des pratiques existantes. L'engagement de 13 ministères et organismes gouvernementaux et le budget alloué ont permis le déploiement d'une série de changements sur le plan des connaissances, des lois et des pratiques. En 2017, à la suite d'une évaluation de l'implantation du plan d'action de 2010 [7], d'une consultation publique et d'un inventaire des besoins, le gouvernement rendait public le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022, ci-après nommé le PAM-2. Il comprend 52 mesures regroupées sous quatre orientations : prévenir la maltraitance et promouvoir la bienveillance, favoriser un repérage précoce et une intervention appropriée, favoriser et faciliter la divulgation des situations de maltraitance – notamment les situations de maltraitance matérielle et financière –, développer les connaissances et améliorer le transfert des savoirs [8].

Retenons de ce bref historique que bien que la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées ne soit structurée que depuis 2010 et qu'une multiplication d'actions ait vu le jour depuis, les initiatives diverses en cette matière ont plus de 40 ans. Notons que depuis 2010, les préoccupations pour la maltraitance ont englobé des thématiques connexes, soit la lutte contre l'intimidation, la reconnaissance de l'autonégligence et la promotion de la bienveillance.

¹ Ce plan d'action comprend deux objectifs : « élimination de toutes les formes d'abandon, de sévices et de violence à l'encontre des personnes âgées » et « mise en place de services de soutien permettant de faire face aux cas de mauvais traitements des personnes âgées » [2].

² Campagne de sensibilisation, Chaire de recherche, ligne d'écoute professionnelle, coordonnateurs régionaux.

Définition

Au Québec, les mots utilisés pour décrire le problème ont évolué de l'abus, aux mauvais traitements, et à la maltraitance en 2010. Tous ces mots sont employés comme des synonymes, en dépit du fait que le mot « abus » constitue un anglicisme, soit un emprunt à l'expression *elder abuse*. Bien qu'il existe de nombreuses définitions de la maltraitance qui suscitent toutes des débats et des remises en question, voici celle qui, sans être consensuelle, rallie le plus d'acteurs à travers le monde; en 2002, lors d'une rencontre internationale regroupant des chercheurs, des associations de personnes âgées, des praticiens et des planificateurs de politiques publiques, l'OMS adoptait, par la Déclaration de Toronto, une définition de la maltraitance envers les personnes âgées [9]. Le gouvernement du Québec s'en est inspiré dans les PAM-1 et 2. Voici la définition proposée dans le PAM-2 :

Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnel ou non, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée [8].

Cette définition pose la violence (geste singulier ou répétitif), la négligence (l'absence d'action appropriée), le fait que ce n'est pas l'intentionnalité qui compte, mais plutôt les résultats obtenus, la relation de confiance et l'importance des conséquences, que ces dernières soient ou non apparentes. À noter que cette définition exclut toute forme d'atteinte physique, morale ou matérielle de la part d'étrangers. Les nombreuses critiques de cette définition ciblent notamment la difficulté de son opérationnalisation en recherche [10,11].

Au Québec, cette définition a donné des assises au développement d'un langage commun. En 2015, devant le constat que de nombreux acteurs n'avaient pas la même conception et ne référaient pas aux mêmes éléments pour décrire les formes et les types de maltraitance, un travail de clarification conceptuel a été engagé [12]. Il a mené à la reconnaissance de deux formes de maltraitance (violence et négligence), ainsi qu'à l'identification de sept types de maltraitance (tableau 1). Cette clarification a été intégrée au PAM-2.

Tableau 1 Types de maltraitance

Types de maltraitance	Définition	Exemples sous forme de violence	Exemples sous forme de négligence
Maltraitance psychologique	Gestes, paroles ou attitudes qui constituent une atteinte au bien-être ou à l'intégrité psychologique.	Chantage affectif, manipulation, humiliation, insultes, infantilisation, dénigrement, menaces verbales et non verbales, privation de pouvoir, surveillance exagérée des activités, etc.	Rejet, indifférence, isolement social, etc.
Maltraitance physique	Gestes ou actions inappropriés, ou absence d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique.	Bousculade, rudolement, coup, brûlure, alimentation forcée, administration inadéquate de la médication, utilisation inappropriée de contentions (physiques ou chimiques), etc.	Privation des conditions raisonnables de confort ou de sécurité, non-assistance à l'alimentation, à l'habillement, à l'hygiène ou à la médication lorsqu'on est responsable d'une personne en situation de dépendance, etc.
Maltraitance sexuelle	Gestes, actions, paroles ou attitudes à connotation sexuelle non consentis, qui portent atteinte au bien-être, à l'intégrité ou à l'identité sexuelle.	Propos ou attitudes suggestifs, blagues ou insultes à connotation sexuelle, promiscuité, comportements exhibitionnistes, agressions à caractère sexuel (attouchements non désirés, relation sexuelle non consentie), etc.	Privation d'intimité, non-reconnaissance ou déni de la sexualité, de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, etc.
Maltraitance matérielle ou financière	Obtention ou utilisation frauduleuse, illégale, non autorisée ou malhonnête des biens ou des documents légaux de la personne, absence d'information ou mésinformation financière ou légale.	Pression à modifier un testament, transaction bancaire sans consentement (utilisation d'une carte bancaire, transactions Internet, etc.), détournement de fonds ou de biens, prix excessif demandé pour des services rendus, usurpation d'identité, etc.	Ne pas gérer les biens dans l'intérêt de la personne ou ne pas fournir les biens nécessaires lorsqu'on en a la responsabilité, ne pas s'interroger sur l'aptitude d'une personne, sa compréhension ou sa littératie financière, etc.
Maltraitance organisationnelle	Toute situation préjudiciable, créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes.	Conditions ou pratiques organisationnelles qui entraînent le non-respect des choix ou des droits de la personne (ex. : services offerts de façon brusque), etc.	Offre de services inadaptée aux besoins des personnes, directive absente ou mal comprise de la part du personnel, capacité organisationnelle réduite, procédure administrative complexe, formation inadéquate du personnel, personnel non mobilisé, etc.
Âgisme	Discrimination en raison de l'âge, par des attitudes hostiles ou négatives, des gestes préjudiciables ou de l'exclusion sociale.	Imposition de restrictions ou de normes sociales en raison de l'âge, réduction de l'accessibilité à certaines ressources, préjugés, infantilisation, mépris, etc.	Indifférence à l'égard des pratiques ou des propos âgistes lorsqu'on en est témoin, etc.
Violation des droits	Toute atteinte aux droits et aux libertés individuels et sociaux.	Imposition d'un traitement médical, déni du droit de choisir, de voter, d'avoir son intimité, de prendre des risques, de recevoir des appels téléphoniques ou de la visite, de pratiquer sa religion, de vivre son orientation sexuelle, etc.	Non-information ou mésinformation sur ses droits, ne pas porter assistance dans l'exercice de ses droits, non-reconnaissance de ses capacités, etc.

Source : Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, 2^e édition [13].

Encadré 1 – L'autonégligence chez les personnes âgées

L'autonégligence constitue un problème de santé publique préoccupant [14–19]. Elle est largement traitée dans les pratiques des Adults Protective Services aux États-Unis, au même titre que la violence et la négligence commises par autrui. Au Québec, elle est peu documentée, et elle ne figure ni dans le PAM 2010-2015 ni dans le PAM 2017-2022. Voici une définition de l'autonégligence proposée au Québec, à partir d'une synthèse de la littérature internationale et des travaux québécois de Neesham-Grenon [20] :

L'autonégligence comprend une vaste gamme de comportements, distribués sur un continuum d'intensité, culturellement et socialement encadrés, effectués de façon intentionnelle ou non, qui résultent en un échec à répondre à ses propres besoins ou à se procurer des soins, et qui présentent un potentiel de conséquences négatives sur le bien-être, la santé et la sécurité de la personne et d'autrui [21].

L'absence de définition opérationnelle de l'autonégligence [15,22] ainsi que les variations conceptuelles limitent la comparaison des études, le développement des connaissances ainsi que l'établissement d'un taux d'incidence et de prévalence [15]. Puis, plusieurs facteurs compromettent la détection de situations d'autonégligence : la connaissance et la conscience inadéquates du problème; les ressources et les services de soutien limités; l'absence de formations et de protocoles d'intervention; la faible validation des facteurs de risque et des déterminants pouvant aider à identifier rapidement l'apparition de l'autonégligence; et l'absence d'outils d'évaluation fiables, valides et culturellement appropriés [15].

Conséquences

Tout comme pour la maltraitance ou l'intimidation envers les personnes âgées, les conséquences de l'autonégligence sont multiples et varient en fonction de leur sévérité et des réactions individuelles. Une personne âgée peut avoir de la difficulté à prendre soin d'elle-même, à payer ses factures, à respecter ses traitements prescrits. Dans une situation d'autonégligence, la personne âgée peut refuser toute forme de services, ce qui peut entraîner un délabrement du domicile et de son environnement, des défauts électriques, une accumulation excessive d'ordures, ou encore des conditions de vie insalubres impliquant parfois la présence de plusieurs animaux [23]. L'autonégligence peut affecter la santé physique et psychologique, ainsi qu'augmenter le risque de mortalité découlant de problèmes cardiaques, pulmonaires, neuropsychiatriques, etc. [15].

Prévention

Une étude québécoise réalisée auprès d'intervenants sociaux ayant intervenu avec des personnes âgées en situation d'autonégligence a permis de circonscrire des défis et de proposer des pistes d'intervention : l'évaluation des risques, l'évaluation biopsychosociale, l'approche de réduction des méfaits, les valeurs et l'éthique, le soutien organisationnel ainsi que l'acquisition de connaissances actuelles [20]. Les intervenants sociaux ont déclaré vivre des difficultés à intervenir dans ces contextes particuliers d'autonégligence, et ils ont soutenu être insuffisamment outillés. Ces constats ont mené à la proposition de l'élaboration d'un guide de pratique, soit celui intitulé *L'intervention en contexte d'autonégligence* [24]. Celui-ci comprend une conceptualisation de l'autonégligence ainsi qu'une présentation des principales caractéristiques du problème. Le guide propose également des pistes d'intervention : la prise de contact, l'évaluation de la personne et de ses besoins, l'évaluation des niveaux d'urgence et de dangerosité, l'évaluation du réseau de soutien et des autres ressources disponibles, l'évaluation de la capacité de la personne âgée à prendre des décisions éclairées et à consentir, etc. Ce guide encourage un accompagnement au rythme de la personne âgée, tout en assurant la sécurité de la personne âgée et d'autrui. Enfin, il présente aussi des pistes de solution aux différents enjeux potentiels que peuvent rencontrer les intervenants sociaux ainsi que des conseils pratiques.

Ampleur

Il n'y a pas de mesure étalon de la maltraitance, ce qui complique la comparaison des résultats entre les diverses études. Ce manque découle d'abord de l'absence d'une définition universelle de la maltraitance, mais aussi d'un défaut de mesures validées pour chacune de ses formes et types. Dans une méta-analyse basée sur des études publiées à travers le monde, Yon et ses collaborateurs ont trouvé que le taux de maltraitance global envers les personnes âgées vivant dans la communauté serait de 15,7 % durant les 12 mois précédant la collecte de données, soit une personne âgée sur six. Parmi les répondants, 11,6 % auraient subi de la maltraitance psychologique, 6,8 % de la maltraitance financière, 4,2 % de la négligence, 2,6 % de la maltraitance physique et 0,9 % de la maltraitance sexuelle [25]. Ces données ont quelque peu ébranlé la communauté de chercheurs internationaux dans le domaine, du moins ceux des pays dits développés qui rapportaient des taux globaux nettement inférieurs à 10 %.

Au Canada, l'étude de Podnieks et ses collaborateurs a identifié un taux de prévalence de maltraitance de 4 %³ [26], et l'Enquête sociale générale [27] rapporte un taux de 7 % durant les 5 ans précédant l'étude. L'étude de McDonald rapporte quant à elle un taux de 8,2 % au cours des 12 mois précédant l'étude [28]. Aucune étude n'a porté spécifiquement sur le Québec, mais le PAM-2 annonce la tenue prochaine d'une étude de prévalence de la maltraitance [8], ce qui permettra de quantifier pour une première fois l'ampleur du problème.

Aucune donnée fiable n'a été produite sur l'ampleur de la maltraitance envers les personnes âgées dans les milieux d'hébergement ou de soins de longue durée. Une analyse de 69 études publiées sur ce sujet a identifié de nombreux problèmes méthodologiques : taille des échantillons, choix des participants, non-consideration des facteurs structuraux, etc. [29]. Les auteurs ont suggéré la tenue d'un projet pilote pour développer des mesures fiables. Des Européens ont suggéré la tenue obligatoire d'un registre des situations de maltraitance en institution [30], ce qui n'est pas sans poser des défis méthodologiques et cliniques de taille.

Facteurs de risque et de protection

Facteurs de risque

La maltraitance envers les personnes âgées est un problème complexe et multifactoriel qui s'inscrit dans une dynamique relationnelle dépassant la relation maltraitant-maltraité puisqu'elle est influencée par des facteurs sociaux, politiques et culturels, ainsi que par des facteurs propres à la personne âgée, à la personne maltraitante et à l'environnement [31–34]. Comme démontré dans le tableau 1 sur les types de maltraitance, le maltraitant n'est pas nécessairement une personne physique; il peut inclure les organisations.

L'efficacité des interventions pour faire cesser les situations de maltraitance passe d'abord par la connaissance des facteurs de risque qui y sont associés. En plus de varier en fonction du type de maltraitance [31,35], l'état des connaissances sur les facteurs de risque est influencé par la définition, le cadre théorique et la méthodologie retenus pour réaliser les études [36]. Il devient ainsi difficile d'établir une liste claire, exhaustive et fixe de l'ensemble des facteurs de risque de la maltraitance. Par ailleurs, un tel travail serait contre-productif, puisque la liste obtenue serait probablement très longue et, de ce fait, peu spécifique. Depuis deux ans, des chercheurs ont avancé, lors de colloques scientifiques internationaux, que les facteurs de risque devraient maintenant être raffinés selon le type de maltraitance et la dynamique relationnelle qui unit la personne maltraitée à la personne maltraitante, ou au contexte organisationnel maltraitant. Il est donc attendu que les travaux scientifiques à venir vont emprunter cette voie.

³ Dans cette étude, la prévalence fut mesurée différemment pour chaque type de maltraitance. Par exemple, la négligence fut mesurée au cours des 12 derniers mois, alors que l'exploitation financière fut mesurée depuis que le répondant a atteint l'âge de 65 ans.

La catégorisation des facteurs de risque, développée par le National Research Council [37], est présentée dans plusieurs études [32,36,38]. La qualité de l'appui scientifique de chacun des facteurs catégorisés permet de renforcer leur valeur explicative de situations de maltraitance [36]⁴. Elle comprend trois catégories :

1. Les facteurs de risque ayant une forte validité⁵;
2. Les facteurs de risque possibles⁶;
3. Les facteurs de risque contestés⁷.

Le tableau 2 présente les facteurs de risque classés selon les trois catégories élaborées par le National Research Council. Ils sont présentés selon qu'ils ont trait à la personne âgée à risque de maltraitance ou aux éléments propres à son environnement. Depuis la publication de cette classification en 2003, d'autres études, dont des recensions d'écrits [32,36], ont enrichi ces résultats. Ces compléments d'information ont été intégrés au tableau 2.

Tableau 2 Facteurs de risque de la maltraitance

	Propres à la personne maltraitée (facteurs intrinsèques)	Propres à l'environnement (facteurs extrinsèques)
Facteurs à forte validité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démence [32,36,37,39]; ▪ Faible revenu [32]. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolement social et faible réseau social [31,32,34,36,37]; ▪ Partage de son milieu de vie [32,36,37,40]; ▪ Caractéristiques de la personne maltraitante : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problème de santé mentale; ▪ Hostilité; ▪ Dépendance à l'alcool; ▪ Dépendance envers la personne âgée [36,37]; ▪ Stress et fardeau associé au rôle d'aidant [32]; ▪ Pertes cognitives et démence [32].
Facteurs possibles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Genre (femme) [32,36,37]; ▪ Traits de personnalité (hostilité, stratégie d'adaptation passive ou d'évitement) [36,37]; ▪ Ethnie [32,36,37,39]; ▪ Âge [32]; ▪ État civil [32]; ▪ Niveau d'éducation [32]. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vivre seul [32,34]; ▪ Lien relationnel entre la personne maltraitée et la personne maltraitante (conjoint) [36,37].
Facteurs contestés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacités sur le plan physique, faible état de santé [32,36,37]. 	S.O.

⁴ Les études recensées présentent des limites, tel le fait qu'elles ne reposent pas sur des devis de recherche longitudinaux visant à déterminer une relation causale entre ces facteurs et les situations de maltraitance. Ce faisant, la qualité scientifique des facteurs et leur fiabilité à indiquer la présence de maltraitance relèvent de la prépondérance des études arrivant aux mêmes résultats. Il s'agit donc de résultats s'appuyant sur un soutien unanime ou quasi unanime des études recensées [36].

⁵ Il s'agit de facteurs validés par de nombreuses études et pour lesquels il semble y avoir un consensus scientifique.

⁶ Ce sont des facteurs documentés, mais pour lesquels il n'y a pas de consensus, notamment en raison de résultats contradictoires ou de la portée limitée des études.

⁷ Ces facteurs ont peu d'appui scientifique. Ils sont identifiés comme comprenant un risque accru pour la survenue de situations de maltraitance par certaines études, mais nécessitent davantage de validation avant d'être considérés comme des facteurs de risque avérés [36,27].

Ce tableau met en lumière la progression des connaissances sur le sujet depuis la publication du National Research Council [37]. Les facteurs qui avaient un fort appui scientifique en 2003 sont demeurés dans la liste des facteurs de risque, mais celle-ci a été bonifiée au cours des dernières années. Les facteurs de risque possibles et contestés ont également été davantage documentés et ont gagné en appui scientifique; ils sont donc moins contestés qu'auparavant. Il est à noter que certains facteurs présentés semblent a priori contradictoires. À titre d'exemple, l'isolement social et le faible réseau social représentent des facteurs de risque tout comme le partage de son milieu de vie. Cette situation est due au fait que ces facteurs ne seraient pas associés aux mêmes types de maltraitance [31,32,36]. De plus, les effets de la violence ou de la négligence vécue tout au long de la vie sur le risque de vivre de la maltraitance à un âge avancé sont de plus en plus documentés [31,32]. Davantage d'études longitudinales permettraient de bonifier les connaissances à cet égard.

Facteurs propres à la personne et facteurs propres à l'environnement

Comme illustré au tableau 2, il semble avoir plus de facteurs de forte validité qui sont propres à l'environnement qu'à la personne. Cela concorde avec des données de recherche récentes qui indiquent que les facteurs de risque environnementaux seraient de meilleurs prédicteurs de la maltraitance envers les personnes âgées que les facteurs de risque individuels [41]. Cela peut guider les professionnels dans leurs actions cliniques, considérant qu'il puisse être plus facile pour eux d'agir sur les facteurs environnementaux pour contrer une situation de maltraitance que sur certains facteurs individuels, tels la démence, l'état de santé, le genre, l'appartenance ethnique, etc. Cela peut également être utile pour les décideurs publics qui doivent élaborer des programmes d'intervention et mettre en place des plans d'action en s'appuyant sur des données probantes.

La majorité des résultats présentés jusqu'ici traitent de la maltraitance envers les personnes âgées vivant à domicile. Or, il existe des facteurs plus spécifiques aux milieux d'hébergement, tels les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). En effet, si l'organisation de la vie quotidienne (ex. : horaire des soins, heures de repas, etc.) peut mener à une perte de liberté [42], la vie en collectivité généralement inhérente à ces milieux est quant à elle propice aux interactions négatives entre les résidents [43]. Le tableau 3 présente les facteurs les plus documentés en milieu d'hébergement selon l'organisation du milieu, les membres du personnel ainsi que les personnes âgées [44]⁸.

⁸ Pour davantage d'informations, voir Beaulieu, M. et Leboeuf, R. (4 mai 2016). Synthèse exécutive du rapport Beaulieu, M., Manseau-Young, M.-E., Pelletier, C. et Spencer, C. (12 janvier 2015). La maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement. État de situation sur sa prise en charge et mise en perspective d'une approche visant le signalement obligatoire. Soumis au Secrétariat aux aînés du gouvernement du Québec, 27 p. Ce document est accessible gratuitement au www.maltraitancedesaines.com.

Tableau 3 Facteurs de risque en milieu d'hébergement

Facteurs associés à l'organisation du milieu
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque ou pénurie de personnel [10,45–47]; ▪ Lourdeur de la tâche de travail empêchant les professionnels de donner des soins de qualité dans un temps suffisant [48–50].
Facteurs associés aux membres du personnel
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissances inadéquates et formations limitées [10,45,51]; ▪ Problèmes personnels, dont un historique de violence domestique, de santé mentale, de consommation de drogues ou d'alcool [45,51]; ▪ Stress, fatigue émotionnelle ou épuisement professionnel [10,45,51]; ▪ Attitude négative envers les personnes âgées en général, les résidents en particulier ou envers le travail [10,51].
Facteurs associés à la personne ou à son réseau
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolement social ou le fait d'avoir peu ou pas de visites de l'extérieur [10,45].

Source : Synthèse exécutive du rapport *La maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement. État de situation sur sa prise en charge et mise en perspective d'une approche visant le signalement obligatoire* [44].

La lecture du tableau 3 permet de comprendre que bien que la maltraitance puisse être commise par le personnel ou même d'autres résidents au sein des milieux d'hébergement, elle peut s'inscrire plus largement dans une situation de maltraitance organisationnelle⁹.

Caractère multifactoriel de la maltraitance

Le caractère relationnel dans les situations de maltraitance, soit un contexte qui devrait être basé sur de la confiance, est explicité dans la définition de la maltraitance, présentée à la section 1. Comme mentionné précédemment, les caractéristiques de la personne maltraitée (ou à risque de maltraitance), celles de la personne maltraitante (ou potentiellement à risque de commettre de la maltraitance), ainsi que celles du milieu de vie de la personne âgée peuvent toutes influencer l'incidence de la maltraitance. Outre ces éléments, le contexte social, politique et culturel dans lequel s'inscrit la maltraitance peut également être une variable influente.

Sur le plan social, l'âgisme envers les personnes âgées se traduit par l'existence de stéréotypes négatifs [52] reconnus comme un terreau fertile à la maltraitance [53,54]. À titre d'exemple, en milieu d'hébergement, l'âgisme peut influencer négativement les interactions qu'ont les professionnels avec les résidents et engendrer des conséquences négatives [55].

Sur le plan culturel, les études portant sur la maltraitance menées auprès de communautés culturelles exposent les multiples façons de concevoir la maltraitance [32]. En effet, ce qui est reconnu comme tel par le gouvernement du Québec peut être différent selon qu'on appartient, par exemple, à une communauté hispanophone [56] ou autochtone [57]. D'ailleurs, le statut d'immigrant, tel le fait d'être réfugié, peut également avoir une influence sur les représentations de la maltraitance [58]. Ce faisant, les intervenants qui œuvrent auprès de personnes âgées issues de communautés culturelles sont invités à adopter une approche culturellement sensible.

⁹ Maltraitance organisationnelle : « Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes » [12].

Facteurs de protection

« Les facteurs de protection sont des caractéristiques propres à la personne [...] ou à son environnement [...] qui tendent à réduire l'incidence d'une problématique, la maltraitance, par exemple » [8,36]. S'ils ne sont pas le contraire des facteurs de risque¹⁰, leur présence n'indique pas non plus l'absence de facteurs de risque¹¹. Le peu d'études sur les facteurs de protection empêche d'en tracer un bilan nuancé.

Le *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* [13], développé au Québec, propose néanmoins quelques pistes permettant d'énoncer des facteurs de protection propres à la personne ou à son environnement¹². Celles-ci sont présentées au tableau 4.

Tableau 4 Facteurs de protection

Facteurs de protection propres à la personne	Facteurs de protection propre à l'environnement
<p>Estime de soi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ex. : connaissance de soi, sens de la responsabilité, débrouillardise, etc. <p>Capacité à demander de l'aide :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ex. : pouvoir se confier, être compris, recevoir des conseils, etc. <p>Compréhension des émotions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ex. : capacité de faire face aux événements et de leur donner un sens, adoption de stratégies pour faire face au stress, etc. <p>Participation sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ex. : sentiment d'appartenance, inclusion sociale, soutien social, sentiment de compétence, etc. <p>Capacité d'apprendre sur soi-même et sur sa société :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ex. : contrôler sa vie, se fixer des objectifs personnels, poursuivre son apprentissage tout au long de sa vie, découverte d'activités de loisir plaisantes et de moments pour s'y adonner, etc. <p>Maintien de bonnes habitudes de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ex. : capacité de détente, rire, établissement de relations positives et profitables avec les membres de sa famille et son réseau amical, etc. 	<p>Réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ex. : réseau approprié composé de personnes disponibles, présence d'un représentant légal au besoin, réseau adapté aux besoins de la personne âgée, etc. <p>Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ex. : milieu de vie adapté aux besoins de la personne âgée et sécuritaire, milieu de vie exempt d'âgisme et d'exclusion sociale, etc. <p>Capacité financière :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ex. : disponibilité de revenus suffisants, mise en place de moyens permettant de sécuriser les avoirs, etc.

Source : *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*, 2^e édition [13].

¹⁰ À titre d'exemple, avoir une démence est un facteur de risque connu, cependant l'absence de démence ne peut être automatiquement considérée comme un facteur de protection [8].

¹¹ En effet, une personne âgée peut avoir une démence ou être soutenue par un proche aidant qui a un problème de dépendance à l'alcool (facteurs de risque) tout en ayant une bonne estime d'elle-même et un réseau social composé d'autres proches aidants adéquats (facteurs de protection).

¹² Puisqu'il s'agit d'informations inspirées de celles proposées par l'Association canadienne pour la santé mentale – Division du Québec (2015), ce ne sont pas des facteurs de protection spécifiques aux personnes âgées.

Conséquences

La définition promue par l’OMS stipule clairement que la maltraitance cause du tort ou de la détresse à la personne aînée [8]. D’ailleurs, comme dans tout type de victimisation, l’entourage de la personne aînée maltraitée peut en être également affecté : les membres de la famille, les amis, le voisinage, le milieu de vie (par exemple en milieu d’hébergement), etc. [8]. Étant un problème social, la maltraitance envers les personnes aînées a des effets à long terme plus globaux sur la société, bien que ceux-ci soient méconnus et peu documentés [59]. À ce jour, ce sont les conséquences sur les personnes aînées maltraitées qui sont les plus documentées.

Conséquences sur la personne aînée maltraitée

La maltraitance a un impact à court et à long terme sur le bien-être global de la personne aînée [39,43]. En plus d’entraîner prématurément une relocalisation des personnes aînées en milieux d’hébergement [59–61], la maltraitance a un effet significatif sur la morbidité [60,62] et la mortalité des personnes aînées qui vivent une telle situation [59,62–66]. Si certaines conséquences de la maltraitance sont plus apparentes, telles que les conséquences physiques (Friedman, Avila, Tanouye et Joseph, 2011, cités par Roberto [39]), matérielles ou financières [12,67], certaines sont plus subtiles, comme celles qui sont de nature psychologique et sociale [13,59,63]. Le tableau 5 en présente quelques exemples¹³.

Tableau 5 Exemples de conséquences de la maltraitance

Types de conséquences	Exemples
Physique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séquelles physiques temporaires ou permanentes [13,39,59,68]; ▪ Détérioration de l’état de santé [13,60,62,69]; ▪ Déclin des capacités fonctionnelles [69,70]; ▪ Augmentation de la morbidité [60,62]; ▪ Mortalité [16,59,62,64–66].
Psychologique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anxiété [13,43,59,68–71]; ▪ Dépression [13,59,68,70,71]; ▪ Faible estime de soi [13,43,68]; ▪ Tristesse, moral bas, malheureux, sentiment d’insatisfaction [13,43,68]; ▪ Idéations suicidaires [13,72–74]; ▪ Sentiment croissant d’insécurité [13,73,75]; ▪ Honte [13]; ▪ Culpabilité [13]; ▪ Méfiance [13].
Matériel ou financier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertes de ressources financières [13,67,76,77]; ▪ Pertes de biens matériels [13,77]; ▪ Privation de biens essentiels [13,67,77]; ▪ Dette [13]; ▪ Insolvabilité [13]; ▪ Faillite [13].

¹³ Le tableau 5 est une version bonifiée du tableau présenté dans la 2^e édition du *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées* [13].

Tableau 5 Exemples de conséquences de la maltraitance (suite)

Types de conséquences	Exemples
Social	<ul style="list-style-type: none"> ■ Solitude [13,43,68,69]; ■ Pertes de contacts avec des personnes de l'entourage [13]; ■ Conflits [77]; ■ Accroissement de la dépendance [13].

Source : Inspiré du tableau *Conséquences selon le type de maltraitance chez les personnes* du *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*, 2^e édition [13].

Il est à noter qu'un seul type de maltraitance peut engendrer divers types de conséquences. À titre d'exemple, si les premières conséquences de la maltraitance matérielle ou financière sont généralement sur le plan financier, elle peut pareillement affecter la personne âgée maltraitée sur les plans psychologique, physique et social [67].

Les indices pour chacun des sept types de maltraitance (psychologique, physique, sexuel, matériel ou financier, organisationnel, violation des droits, âgisme) [12] sont, pour plusieurs, des conséquences potentielles de la maltraitance qu'il est possible d'observer auprès des personnes maltraitées (tableau 6).

Tableau 6 Indices de la maltraitance selon chacun des sept types

Types de maltraitance	Indices
Maltraitance psychologique	<p>Indices Peur, anxiété, dépression, repli sur soi, hésitation à parler ouvertement, méfiance, interaction craintive avec une ou plusieurs personnes, idées suicidaires, déclin rapide des capacités cognitives, suicide, etc.</p> <p>Attention La maltraitance psychologique est sans doute la plus fréquente et la moins visible :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Elle accompagne souvent les autres types de maltraitance; ■ Elle peut avoir des conséquences tout aussi importantes que les autres types de maltraitance.
Maltraitance physique	<p>Indices Ecchymoses, blessures, perte de poids, détérioration de l'état de santé, manque d'hygiène, attente indue pour le changement de culotte d'aisance, affections cutanées, insalubrité de l'environnement de vie, atrophie, contention, mort précoce ou suspecte, etc.</p> <p>Attention Certains indices de maltraitance physique peuvent être confondus avec des symptômes découlant de certaines conditions de santé. Il est donc préférable de demander une évaluation de la santé physique ou sur le plan psychosocial.</p>
Maltraitance sexuelle	<p>Indices Infections, plaies génitales, angoisse au moment des examens ou des soins, méfiance, repli sur soi, dépression, désinhibition sexuelle, discours subitement très sexualisé, déni de la vie sexuelle des aînés, etc.</p> <p>Attention L'agression à caractère sexuel est avant tout un acte de domination. Les troubles cognitifs peuvent entraîner une désinhibition se traduisant par des gestes sexuels inadéquats. Ne pas reconnaître, se moquer ou empêcher une personne âgée d'exprimer sa sexualité représente de la maltraitance et peut nuire au repérage et au signalement de celle-ci. L'attirance sexuelle pathologique envers les personnes âgées (gérontophilie) doit aussi être repérée.</p>

Tableau 6 Indices de la maltraitance selon chacun des sept types (suite)

Types de maltraitance	Indices
Maltraitance matérielle ou financière	<p>Indices Transactions bancaires inhabituelles, disparition d'objets de valeur, manque d'argent pour les dépenses courantes, accès limité à l'information sur la gestion des biens de la personne, etc.</p> <p>Attention Les aînés qui présentent une forme de dépendance envers quelqu'un, quelle soit physique, émotive, sociale ou d'affaires, sont plus à risque de subir ce type de maltraitance. Au-delà de l'aspect financier ou matériel, ce type de maltraitance peut affecter la santé physique ou psychologique de la personne aînée en influençant sa capacité à assumer ses responsabilités ou à combler ses besoins.</p>
Maltraitance organisationnelle	<p>Indices Réduction de la personne à un numéro, prestation de soins ou de services selon des horaires plus ou moins rigides, attente indue avant que la personne reçoive un service, détérioration de l'état de santé (plaies, dépression, anxiété, etc.), plaintes, etc.</p> <p>Attention Nous devons demeurer attentifs à l'égard des lacunes des organisations qui peuvent brimer les droits des personnes qui reçoivent des soins ou des services, ou entraîner des conditions qui nuisent au travail du personnel chargé de prodiguer ces soins ou ces services.</p>
Âgisme	<p>Indices Non-reconnaissance des droits, des compétences ou des connaissances, utilisation d'expressions réductrices ou infantilisantes, etc.</p> <p>Attention Nous sommes tous influencés, à divers degrés, par les stéréotypes négatifs et les discours qui sont véhiculés au sujet des personnes aînées. Ces « prêts-à-penser » fournissent des raccourcis erronés à propos de diverses réalités sociales qui peuvent mener à des comportements maltraitants.</p>
Violation des droits	<p>Indices Entrave à la participation de la personne aînée dans les choix et les décisions qui la concernent, non-respect des décisions prises par la personne aînée, réponses données par un proche à des questions qui s'adressent à la personne aînée, restriction des visites ou d'accès à l'information, isolement, plaintes, etc.</p> <p>Attention Il y a des enjeux de violation des droits dans tous les types de maltraitance. Toute personne conserve pleinement ses droits, quel que soit son âge. Seul un juge peut déclarer une personne inapte et nommer un représentant légal. Par ailleurs, la personne inapte conserve tout de même des droits, qu'elle peut exercer dans la mesure de ses capacités.</p>

Source : Terminologie sur la maltraitance envers les personnes aînées [12].

Un indice n'est pas un indicateur infaillible, d'où la nécessité pour les intervenants de réaliser un travail méticuleux de vérification lorsqu'il soupçonne qu'une personne est maltraitée [78]. Les commentaires présentés dans les sections « Attention » de la terminologie, rapportés dans le tableau 6, offrent d'ailleurs des pistes de réflexion et des informations pouvant être utiles pour entreprendre un travail de vérification. Dans le même ordre d'idées, les intervenants doivent être sensibles au fait que certaines conséquences, tel l'isolement, sont également des facteurs de risque.

Les conséquences de la maltraitance sont nombreuses et varient d'une personne à l'autre. Le tableau 6 révèle d'ailleurs que certains indices ou certaines conséquences sont identiques pour plusieurs types de maltraitance à la fois, telle la présence de symptômes dépressifs. Si cela peut être tributaire à l'expérience personnelle, cela peut également s'expliquer par le fait qu'une même personne peut vivre plus d'un type de maltraitance à la fois.

Encadré 2 – Intimidation envers les personnes âgées

Contexte

En 2015, le premier Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation 2015-2018 a été dévoilé [79] à la suite d'une vaste consultation d'acteurs concernés [80]. Ce plan d'action couvre l'intimidation à tous les âges de la vie. Parmi ses 53 mesures, 9 d'entre elles sont spécifiques aux personnes âgées [79]. Cependant, l'intimidation vécue par les personnes âgées demeure un problème peu connu et donc peu documenté, tant au Québec qu'à l'international.

La mise en place d'un plan d'action, ciblant un problème qui a priori présente de grandes similitudes avec le problème de la maltraitance, engendre à la fois des enjeux conceptuels (comment distinguer l'intimidation et la maltraitance?) et pratiques (comment faire coexister des actions spécifiques pour contrer l'un ou l'autre des problèmes?) dans un contexte où la maltraitance est un problème social qui fait l'objet d'actions spécifiques depuis une trentaine d'années [81].

Le présent encadré expose un bref état des connaissances sur l'intimidation envers les personnes âgées. Il s'appuie sur les résultats préliminaires des travaux de recherche menés au Québec, ainsi que sur une recension des écrits internationaux publiés depuis 2009*. En raison de l'état de la recherche et du peu d'écrits scientifiques publiés sur le sujet, les résultats présentés dans cette section doivent être considérés comme des pistes exploratoires.

Définition et ampleur

Bien qu'il existe de nombreuses définitions de l'intimidation, aucune n'est spécifique à la population âgée. Plusieurs s'inspirent de l'intimidation en milieu de travail ou en milieu scolaire (American Psychological Association, 2016, cité par Goodridge et collaborateurs [83]; Einarsen et Skogstad, 1996, cités par Andresen et Buchanan [84]; Rayner et Keashly, 2005, cités par Bonifas [85]). Dans son plan d'action, le Québec a retenu la définition de la Loi sur l'instruction publique (art. 13, paragr. 1.1) :

Tout comportement, parole, acte ou geste délibéré ou non à caractère répétitif, exprimé directement ou indirectement, y compris dans le cyberspace, dans un contexte caractérisé par l'inégalité des rapports de force entre les personnes concernées, ayant pour effet d'engendrer des sentiments de détresse et de léser, blesser, opprimer ou ostraciser [79].

Les discussions tenues lors du Forum sur l'intimidation, tout comme les mémoires déposés lors de cet exercice, rendent compte des nuances découlant des expériences d'intimidation spécifiques à chacune des populations, ainsi que des milieux dans lesquels le problème se pose. En s'appuyant sur l'état des connaissances de l'intimidation et de la maltraitance envers les personnes âgées, une définition spécifique à l'intimidation envers les personnes âgées a été proposée :

Il y a intimidation quand un geste ou une absence de geste ou d'action à caractère singulier ou répétitif et généralement délibéré, se produit de façon directe ou indirecte dans un rapport de force, de pouvoir ou de contrôle entre individus, et que cela est fait dans l'intention** de nuire ou de faire du mal à une ou à plusieurs personnes âgées [86].

Bien que plusieurs éléments de cette définition semblent similaires à l'intimidation vécue à tous les âges, elle propose certaines nuances propres aux personnes âgées. L'intimidation envers les personnes âgées peut se produire entre tout type d'acteur, que la relation soit basée ou non sur de la confiance. Elle peut être répétitive ou avoir lieu une seule fois, mais dans tous les cas elle entraîne des conséquences pour la personne qui l'a subie. Pensons notamment à une personne qui se fait ridiculiser chaque jour ou à une autre qui reçoit une seule fois la menace d'arrêt de services.

* Depuis 2015, la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées mène un projet de recherche intitulé *État des connaissances et clarification conceptuelle de l'intimidation envers les personnes âgées*. Celui-ci s'inscrit dans le cadre de la mesure 5.2 du Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation qui vise à « documenter le phénomène de l'intimidation, y compris de l'intimidation en ligne spécifiquement chez les personnes âgées, en tenant compte des connaissances acquises au sujet de la maltraitance envers celles-ci et des données disponibles selon le sexe » [79]. Dans le cadre de ce projet, la Chaire a répertorié une trentaine d'écrits (articles scientifiques, chapitres, thèses, etc.) publiés entre 2009 et 2017, dont le sujet principal était l'intimidation envers les personnes âgées [82].

** L'intention de nuire est sujette à dérogation lorsque les personnes intimidatrices présentent des pertes cognitives importantes.

L'intimidation envers les personnes âgées s'inscrit dans un rapport de force (ex. : par la force physique ou par la force du nombre), de pouvoir (ex. : une préposée est en situation de pouvoir sur les personnes dont elle prend soin) ou de contrôle (ex. : un résident prend le contrôle de la télécommande pour imposer son choix d'émission dans le salon collectif) entre des personnes où l'une ou plusieurs d'entre elles tentent d'avoir le dessus sur une ou plusieurs autres. A priori, le rapport entre les personnes n'est pas nécessairement inégal (ex. : deux personnes âgées en pleine possession de leurs moyens qui sont en compétition pour le poste de présidence d'un organisme peuvent être vues comme étant sur un même pied d'égalité), comme indiqué dans la définition de la Loi sur l'instruction publique. Finalement, l'intimidation envers les personnes âgées est généralement délibérée, donc faite dans l'intention de nuire à l'autre personne. Toutefois, la notion d'intention peut ne pas s'appliquer, ou du moins être difficile à apprécier, notamment dans les cas où la personne intimidatrice présente des pertes cognitives [86].

L'intimidation envers les personnes âgées peut être de nature verbale [83,84,87], physique [84,88] ou sociale/relationnelle, soit caractérisée par des comportements antisociaux [83–85,89]. Bien que cela ne soit pas documenté spécifiquement pour les personnes âgées, l'intimidation peut également être de nature matérielle (ex. : vandaliser, s'approprier le bien d'autrui) [79]. L'intimidation envers les personnes âgées peut être perpétrée au moyen des technologies de l'information et des communications (TIC), communément appelée *cyberintimidation* [90]. Pour l'heure, aucune étude ne permet d'en évaluer l'ampleur.

Facteurs de risque

L'intimidation peut se produire dans tous les milieux fréquentés par les personnes âgées. Cependant, les plus documentés sont les milieux de vie collectifs (d'habitation, de soins ou de services), tels les CHSLD, de même que les milieux de travail, notamment ceux où l'âgisme est prégnant [91,92]. Si plusieurs personnes peuvent avoir des comportements intimidateurs envers les personnes âgées [86], les situations les plus documentées à ce jour sont celles qui se produisent entre personnes âgées [83–85,88,89,93,94]. La présente section évoque davantage l'intimidation vécue auprès des personnes âgées dans les milieux de vie collectifs et de travail.

Comme l'indique la définition, l'intimidation prend naissance dans l'interaction entre des individus. Ainsi, une attention particulière a été accordée aux principales caractéristiques des personnes susceptibles de vivre de l'intimidation ou d'intimider. Le tableau 7 présente celles répertoriées dans la littérature.

Tableau 7 Caractéristiques des personnes âgées à risque d'intimidation et des personnes à risque d'intimider

Caractéristiques des personnes âgées à risque d'intimidation	Caractéristiques des personnes à risque d'intimider
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Être introvertie [93]; ▪ Faire partie d'une minorité visible [93]; ▪ Avoir des pertes physiques [84]; ▪ Présenter certains traits de personnalité passive (ex. : timide, difficulté à se défendre par elle-même, silencieuse, soumise, dépendante) [84]; ▪ Présenter certains traits de personnalité proactive (ex. : être dérangeante) [93]; ▪ Avoir des pertes cognitives [11,84,94]. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir une faible estime d'elle-même [93]; ▪ Avoir un ou plusieurs traits de personnalité parmi les suivants : Se positionner au-dessus des autres (<i>entitled</i>); Être contrôlant; Rechercher l'attention [84]; Éprouver un besoin de se retrouver dans une position de force ou de pouvoir sur autrui, profitant du fait que la personne intimidée se sente menacée pour en retirer des bénéfices [93]; ▪ Avoir des pertes cognitives [84,93,95]; ▪ Avoir des aptitudes cognitives suffisantes pour commettre des comportements intimidants [95].

La lecture du tableau 7 permet de constater qu'avoir des pertes cognitives est une caractéristique commune aux personnes à risque d'intimidation et aux personnes à risque d'intimider. Cependant, cette caractéristique identifiée auprès des personnes à risque d'intimider ne semble pas faire consensus dans la littérature. En effet, si certaines études rapportent que les gestes d'intimidation sont souvent commis par des personnes âgées ayant des pertes cognitives, d'autres rapportent que pour commettre des comportements intimidants de façon intentionnelle, la personne intimidatrice doit avoir les aptitudes cognitives suffisantes pour être consciente de son geste [95].

L'intimidation envers les personnes âgées peut dépasser le cadre de la relation dyadique intimidateur-intimidé [86]. De fait, elle peut se produire entre groupes de personnes [85] et elle peut être faite en présence de témoins [83]. Un élément central est que l'intimidation s'inscrit nécessairement dans un contexte où des aspects sociaux (ex. : la couverture médiatique [93]), politiques (ex. : la mise en place du Plan d'action pour prévenir et contrer l'intimidation 2015-2018) et culturels (ex. : l'âgisme [91]) peuvent influencer à la fois l'incidence, la reconnaissance, mais également les actions menées pour la prévenir et la contrer.

Conséquences

L'intimidation vécue par les personnes âgées peut entraîner des conséquences psychologiques, physiques et sociales. Le tableau 8 en présente quelques exemples.

Tableau 8 **Conséquences de l'intimidation sur les personnes âgées intimidées**

Conséquences	Exemples
Psychologiques (Bonifas, 2011, cité par Bonifas [85]; Bonifas et Frankel, 2012, cités par Bonifas [85]; [83,96])	<ul style="list-style-type: none"> ■ Colère; ■ Anxiété; ■ Crainte; ■ Diminution de l'estime de soi; ■ Tristesse, symptômes dépressifs; ■ Idéations suicidaires; ■ Etc.
Physiques (Bonifas et Frankel, 2012, cités par Bonifas [85]; [83,96,97])	<ul style="list-style-type: none"> ■ Troubles du sommeil; ■ Divers maux physiques; ■ Pertes de capacités fonctionnelles; ■ Etc.
Sociales (Bonifas, 2011, cité par Bonifas [85])	<ul style="list-style-type: none"> ■ S'isoler; ■ Se venger; ■ Etc.

L'intimidation vécue même à un jeune âge peut avoir des conséquences à long terme, puisque les personnes âgées ayant ce parcours de vie ont plus fréquemment des idées suicidaires tout au long de leur vie que celles qui n'ont pas été intimidées [98].

S'inscrivant dans un contexte social et interactionnel, les situations d'intimidation affectent également les personnes qui en sont témoins [83], en plus d'avoir des répercussions sur l'environnement de façon générale [85]. Voici quelques exemples tirés des milieux de vie collectifs, tels les CHSLD : sentiment de peur ou d'insécurité qui émergent chez plusieurs autres résidents; diminution de la participation aux activités sociales; faible sentiment de satisfaction envers le milieu de vie ou de travail; diminution de l'engagement et du sentiment de loyauté envers l'établissement; augmentation du roulement du personnel; accroissement des situations d'intimidation (Frankel, 2014, cité par Bonifas [85]).

Prévention

À notre connaissance, aucun programme et aucune activité de prévention ou d'intervention n'ont été validés et documentés, et ce, tant au Québec qu'à l'international. Au Québec, depuis 2015, le Plan d'action gouvernemental pour prévenir et contrer l'intimidation a financé des dizaines de projets dont plusieurs visaient à contrer l'intimidation chez les personnes âgées*. Les programmes de prévention ou d'intervention les plus diffusés sont des activités de sensibilisation qui visent notamment à informer la population et à proposer des pistes d'action, particulièrement en milieux de vie collectifs.

* Lien vers le programme de soutien financier *Ensemble contre l'intimidation* du ministère de la Famille du Québec : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/intimidation/programme-de-soutien-financier/Pages/index.aspx>

À l'international, un nombre croissant de pistes de prévention et d'intervention sont documentées. À titre d'exemple, en CHSLD, l'accent est mis sur l'importance de :

- Évaluer les situations d'intimidation présentes dans le milieu;
- Former le personnel et les résidents à repérer les situations d'intimidation;
- Favoriser le renforcement des interactions positives entre les résidents dans le milieu;
- Engager l'ensemble des acteurs dans la mise en place d'activités positives afin de créer un environnement empreint d'empathie [99].

Si certains programmes s'adressent plus spécifiquement aux personnes âgées, tel le Senior Culture Program [100], il importe de mentionner que l'intimidation peut s'inscrire dans une culture organisationnelle et que des mesures, s'adressant directement aux cadres et aux membres du personnel, doivent être prises à cet égard [101]. Ainsi, tout programme d'intervention en matière de lutte contre l'intimidation dans un milieu de vie collectif devrait comporter un volet spécifique pour chacun des trois principaux acteurs suivant : la personne âgée intimidée, la personne intimidatrice et l'organisation dans sa globalité [102].

Clarification conceptuelle entre la maltraitance et l'intimidation

Similitudes

La lecture simultanée du présent encadré sur l'intimidation et des sections sur la définition, les facteurs de risque et les conséquences de la maltraitance permettent de rendre compte des nombreuses similarités entre la maltraitance et l'intimidation. Une étude spécifique sur le sujet a d'ailleurs permis de mettre en lumière les similitudes de ces problèmes sociaux précisément à l'égard des éléments suivants [86,103] :

- Contextes personnel, familial, social, politique et culturel;
- Facteurs de risque et de vulnérabilité;
- Milieux où cela se produit;
- Interaction (deux personnes ou plus);
- Violence ou négligence;
- Gestes singuliers ou répétitifs;
- Conséquences;
- Cyberspace.

Ce faisant, les outils, les programmes et les mesures de prévention et d'intervention en place pour contrer la maltraitance ou l'intimidation peuvent avoir des effets sur les deux problèmes de façon simultanée. Pensons notamment aux mécanismes de plaintes, aux comités des usagers, à la Ligne Aide Abus Aînés et aux campagnes de sensibilisation [103,104]. Miser sur la prévention et la lutte contre l'âgisme est également un bon moyen pour agir sur les deux problèmes. De fait, il est reconnu que l'âgisme est lié à la fois à la maltraitance [38,105] et à l'intimidation [91].

Distinctions

Néanmoins, la maltraitance et l'intimidation ont leurs propres particularités, telles que présentées dans le tableau 9. Leurs éléments distinctifs s'avèrent essentiels à la lecture d'une situation puisqu'ils permettent d'établir s'il s'agit d'une situation de maltraitance ou d'intimidation.

Tableau 9 Éléments propres ou essentiels à la maltraitance et à l'intimidation

Maltraitance	Intimidation
<ul style="list-style-type: none"> ■ La relation entre les personnes est basée sur de la confiance (ex. : famille, amis, voisins, dispensateurs de services); ■ La maltraitance peut être intentionnelle ou non intentionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La relation entre les personnes peut être basée sur de la confiance ou non (personnes inconnues); ■ L'intimidation est généralement intentionnelle; ■ L'intimidation peut être le fait de gestes directs (ex. : pousser) ou indirects (ex. : répandre des rumeurs); ■ L'intimidation se produit dans un rapport de force, de pouvoir ou de contrôle.

En somme, si la maltraitance et l'intimidation sont des problèmes qui peuvent survenir de façon distincte, ils ne sont pas mutuellement exclusifs [85]. De fait, une même situation peut être considérée à la fois comme de la maltraitance et de l'intimidation, notamment lorsqu'elle se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance [86]. À titre d'exemple, un fils qui menace de ne plus visiter sa mère afin qu'elle consente à lui prêter de l'argent constitue à la fois une situation d'intimidation et de maltraitance. En effet, le fils maltraite psychologiquement et financièrement sa mère, et ce, en commettant un geste d'intimidation, soit la menace.

Prévention

Plusieurs États se sont donné une vision structurée de la lutte contre la maltraitance, dont le Québec avec son PAM-1 (2010) et son PAM-2 (2017). Les deux versions de ce plan d’action couvrent trois phases de l’intervention : la prévention primaire, la recherche de cas (aussi appelé repérage ou détection), et les interventions ponctuelles ou de suivi auprès des personnes âgées maltraitées ou, plus rarement, auprès des personnes maltraitantes ou des organisations maltraitantes. Étant donné le peu de pratiques ayant fait l’objet d’une évaluation d’implantation ou d’effets, cette section s’appuie majoritairement sur des descriptions de pratiques; les quelques éléments validés sont clairement indiqués. Le texte traite essentiellement de prévention primaire, et plus spécifiquement de quelques-uns de ses principes directeurs, et présente un bref inventaire de programmes et d’outils – particulièrement ceux du Québec –, et des recommandations de bonnes pratiques tirées de la littérature scientifique. Étant donné la quantité de pratiques tant au Québec qu’à travers le monde, cet inventaire ne peut être exhaustif. Lorsque disponibles, les informations spécifiques aux personnes âgées vivant à domicile ou dans des milieux de soins et d’hébergement sont exposées.

Le tableau 10 illustre que la pratique peut couvrir quatre cibles distinctes : les personnes, les relations entre les personnes, la communauté et la société dans son ensemble. À notre connaissance, tous les exemples rapportés dans ce tableau, à l’exception des programmes psychologiques ciblant les personnes qui maltraitent, sont des pratiques courantes au Québec. Par contre, le dépistage et la recherche de cas ne sont pas systématiques, et l’hébergement d’urgence n’est pas accessible dans toutes les régions.

Tableau 10 Aperçu des interventions et de leur efficacité pour prévenir ou réduire la maltraitance envers les personnes âgées

Axe de prévention	Individuel	Relationnel	Communautaire	Sociétal
Promotion d’attitudes positives envers les aînés et sensibilisation au phénomène		Programmes scolaires intergénérationnels	Formation et sensibilisation des professionnels	Campagne de sensibilisation du grand public
Réduction des situations à risque tant pour l’aîné que pour son entourage	Campagne d’éducation destinée aux aînés	Programmes de formation destinés aux aidants rémunérés Programmes de soutien pour les proches aidants	Encourager les attitudes positives des personnes qui travaillent auprès d’aînés	Programmes pour réduire les mesures de contention
Détection et suivi précoce et adéquat des situations de maltraitance	Soutien légal, psychologique et social pour aînés maltraités	Programmes psychologiques ciblant les personnes qui maltraitent	Dépistage et recherche de cas Ligne d’écoute Hébergement d’urgence	Services de protection des adultes Signalement obligatoire

Source : Inspiré du rapport *Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne* [106].

Orientation

Comme indiqué au tableau 10, la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées comprend à la fois des actions visant la « réduction des situations à risque tant pour l’aîné que pour son entourage » ainsi que la « promotion d’attitudes positives envers les personnes âgées et la sensibilisation au phénomène ». Elle comprend notamment des actions ayant comme objectifs d’informer et d’éduquer la population générale [107] sur les facteurs de risque de la maltraitance, mais aussi sur les bonnes pratiques pour diminuer le risque qu’une telle situation puisse s’installer.

Exemples de programmes et d'outils

La prévention de la maltraitance passe d'abord par la transmission de l'information à l'aide de campagnes publicitaires ou d'information publique [108,109]. Ce type d'action vise l'ensemble de la population dans l'objectif de provoquer un changement tant individuel, relationnel, professionnel que sociétal. Ces campagnes utilisent diverses stratégies pour permettre aux gens de poser un regard critique sur les interactions pouvant avoir un impact négatif sur la personne âgée. Elles doivent dépasser la simple sensibilisation [109] pour altérer les perceptions âgistes. Depuis 2010, avec l'implantation du PAM-1, le Québec a mené quatre campagnes de sensibilisation à l'intention du grand public. Selon les campagnes, diverses stratégies furent utilisées : publicité à la télévision, à la radio ou sur le Web, production d'affiches ou de dépliants, etc. Alors que les deux premières campagnes ont misé sur l'explication de ce qu'est la maltraitance, la troisième l'a illustrée en exposant des situations claires de maltraitance. La dernière campagne, en 2017, a lié les actions visant à contrer l'intimidation et la maltraitance.

Les interventions éducationnelles permettent d'améliorer les connaissances et de modifier les attitudes des professionnels en matière de détection, de signalement et de suivi d'une situation de maltraitance [106]. Ce type d'intervention rend les professionnels actifs ou en devenir plus alertes aux signes de maltraitance, mais aussi plus habiles dans l'action à entreprendre avec l'ainé. Les interventions éducationnelles représentent l'une des 22 bonnes pratiques actuelles, identifiées dans une recension systématique de la littérature [110]. Une recension systématique des programmes éducationnels fait état de deux études de validation [33]. La première étude porte sur une présentation générale sur la maltraitance envers les personnes âgées, donnée à des infirmières auxiliaires. Leurs réactions ont été enregistrées, mais sans mesure prétest ou post-test, ni d'assignation aléatoire des participants, ni de comparaisons avec un groupe témoin (Smith, Davis, Blowers, Shenk, Jackson et Kalaw, 2010, cités par Day et collaborateurs [33]). Dans la seconde étude, des hygiénistes dentaires formés sur la maltraitance ont complété un prétest et un post-test au moyen d'un questionnaire postal, sans groupe de comparaison. Les résultats obtenus suggèrent que la formation a augmenté l'habileté des professionnels à reconnaître la maltraitance et la négligence (Harmer-Beem, 2005, cité par Day et collaborateurs [33]). Au Québec, de nombreuses interventions éducationnelles sont offertes, mais à défaut d'un relevé systématique, il est impossible d'en tracer un bilan exhaustif (nombre d'heures, format, public cible, etc.). En voici trois exemples. L'équipe de la Ligne Aide Abus Aînés a pour mandat de former des intervenants du réseau public de la santé et des services sociaux dans toutes les régions du Québec, ainsi que de former des formateurs. Des programmes universitaires de formation de futurs praticiens offrent des cours crédités de 45 heures sur la lutte contre la maltraitance (notamment les écoles de travail social des universités Laval et de Sherbrooke) ou des blocs de quelques heures intégrés dans la formation des bacheliers. Des formations ont aussi été offertes à divers acteurs, dont les membres du Regroupement provincial des comités des usagers.

La prévention passe aussi par l'usage de dispositifs divers et d'outils. Dans une visée de prévention, les rares outils de prévention ayant une composante psychométrique sont axés sur les facteurs de risque de la maltraitance. Un de ces outils validés, non spécifique à un milieu de vie, est le *Social Vulnerability Scale*, qui se centre précisément sur la vulnérabilité sociale de l'ainé dans l'objectif de détecter une situation d'exploitation financière avant sa survenue [111]. La Trousse SOS Abus [112] a recensé et mis à disposition du public un grand nombre d'outils de prévention, de dépistage, d'intervention et de formation en lien avec la problématique de la maltraitance envers les aînés. Plusieurs autres outils ont été développés depuis 2010. De l'avis de plusieurs organismes communautaires côtoyés dans divers projets de recherche, ce sont les saynètes, particulièrement celles où le public est invité à s'engager, qui sont les plus prisées.

Depuis plusieurs années, la promotion de la bientraitance a été développée en complémentarité à la lutte contre la maltraitance dans plusieurs pays francophones et hispanophones. Bien que le Québec ne faisait pas officiellement usage de ce terme avant la publication du PAM-2 en juin 2017, certaines actions déployées allaient en ce sens. L'encadré 3 expose les éléments centraux de la promotion de la bientraitance qui se centre notamment sur la promotion d'attitudes positives au regard du vieillissement [106].

■ Promotion de la bientraitance

La définition promue par le gouvernement du Québec se lit comme suit :

« La bientraitance vise le bien-être, le respect de la dignité, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion et la sécurité de la personne. Elle s'exprime par des attentions, des attitudes, des actions et des pratiques respectueuses des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés de la personne aînée » [8].

Cette définition se centre sur la personne aînée alors que des définitions européennes englobent le bien-être des diverses personnes avec lesquelles elle interagit [113]. Dans son acception plus englobante, la bientraitance devient une culture du respect de la personne, à part entière, qui considère son histoire, sa dignité et sa singularité [113]. Cette culture inspire aussi des actions individuelles ainsi que des « relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service » [114]; elle engage ainsi une multitude d'acteurs. Une approche bientraitante, à elle seule, n'enraie pas la maltraitance et ne signifie pas qu'il y ait absence de maltraitance.

Activités de prévention à domicile

En Europe, des pays mettent de l'avant des guides présentant de bonnes pratiques à domicile. En 2016, en France, le ministère des Affaires sociales et de la Santé ainsi que le secrétariat d'État chargé des personnes âgées et de l'autonomie s'associaient pour publier *Aide à domicile aux personnes âgées : le guide de bonnes pratiques*. Ce référentiel de bonnes pratiques se centre sur : 1) le libre choix de la personne aînée et la qualité de l'information délivrée; 2) le « juste prix »; 3) les conditions de travail des professionnels. En 2012, le Conseil Général de La Vienne soumettait des lignes de conduite à tenir pour chacune des prestations données aux bénéficiaires à l'aide du *Guide des bonnes pratiques pour les professionnels de l'aide à domicile*.

Les stratégies préventives permettent de diminuer le risque de maltraitance, mais aussi de prévenir toute nouvelle situation de maltraitance [115,116]. Par exemple, puisque l'épuisement et la dépression chez les aidants peuvent constituer des facteurs de risque de maltraitance, de l'aide à l'entretien ménager et à la préparation de repas, des mesures de répit, de l'éducation et des groupes de soutien peuvent notamment être mis en place. Au Québec, les organismes tels que le Regroupement des aidantes et aidants naturels (RAAN) ont comme mission de soutenir les proches aidants afin qu'ils puissent améliorer leur qualité de vie en participant à des activités et en recevant des services qui répondent à leurs besoins [117]. D'autres mesures préventives, telles que les lignes téléphoniques de soutien et de référencement pour les proches aidants, peuvent aussi permettre d'agir en prévention [110,118].

Activités de prévention dans les milieux de soins et d'hébergement

La promotion de la bientraitance en milieu d'hébergement permet l'amélioration des pratiques et favorise une meilleure qualité de vie pour les résidents et pour les intervenants [119]. Au Québec, depuis 2003-2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux effectue des visites d'appréciation de la qualité des services offerts dans les différents CHSLD [120]. Ces visites d'appréciation, tout comme l'obtention d'une certification obligatoire en vertu de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (LSSS) pour les milieux de vie privés, visent à assurer la qualité, donc à protéger la clientèle. Pour obtenir une certification, ces derniers doivent répondre à une série de normes [121,122]. L'adoption d'une approche centrée sur la promotion de la bientraitance dans les milieux d'hébergement constitue une action positive, en évitant de mettre l'accent sur la maltraitance, pour examiner les « conditions d'une prise en charge réussie » [123].

Avec l'avènement de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité [124], sanctionnée en mai 2017, tout établissement du réseau de la santé et des services sociaux doit se doter d'une politique de lutte contre la maltraitance comprenant des activités de prévention. L'implantation de cette loi laisse ainsi présager des changements de pratiques imminents. Le tableau 11 présente les bonnes pratiques recensées dans la littérature.

Tableau 11 Bonnes pratiques en milieu de soins et d'hébergement recensées

Pratiques	Buts/objectifs	Informations supplémentaires
MobiQual (France)	« Vise à améliorer la qualité des pratiques professionnelles – qualité de soins et du “prendre soin” – au bénéfice des personnes âgées et handicapées » [125].	S'adresse aux professionnels travaillant dans les CHSLD [125].
Valeurs essentielles pour les services de soins de longue durée (Suède)	« Les soins doivent viser avant tout la dignité et le bien-être des personnes âgées » [125].	Il s'agit d'une législation qui implique que les municipalités doivent développer une garantie que les soins visent la dignité. Cette garantie est contrôlée par les autorités publiques [125].

■ Stratégies permettant de promouvoir une culture de bientraitance dans les milieux d'hébergement

- Définir un projet d'établissement et une démarche de qualité;
- Identifier des figures de proue en lien avec la promotion de la bientraitance;
- Améliorer la communication à l'interne et à l'externe;
- Prévoir un plan de développement des compétences, toujours en lien avec la bientraitance, et une politique de mobilité du personnel;
- Mettre en place un système de reconnaissance des gestes de bientraitance, avec un système d'évaluation;
- Former et encadrer les pratiques du personnel soignant;
- Consolider et mettre à jour les acquis;
- Revoir l'organisation du travail ainsi que les rigidités nuisibles à la promotion de la bientraitance;
- Penser à s'engager et à se consulter par des groupes de discussion;
- Faire des jeux de rôles et des simulations d'intervention auprès des patients;
- Assurer une supervision clinique.

Source : Comment prévenir une crise? Les leçons tirées des plaintes de maltraitance au Centre de soins de longue durée Saint-Charles-Borromée [123].

En 2012 paraissait le Cadre européen de Qualité pour les services de soins et d'accompagnement aux personnes âgées [125], qui met de l'avant une série de **principes de qualité de services** ainsi qu'une série de **domaines d'action de qualité**.

Principes de qualité de services : respecter les droits de la personne, les libertés fondamentales ainsi que la dignité humaine, être centré sur la personne, prévenir la perte d'autonomie et réadapter, être disponible, être facilement accessible, être financièrement abordable, être complet, être continu, être fondé sur les résultats et les preuves, être transparent, être attentif au genre et à la culture.

Domaines d'action de qualité : prévenir et lutter contre la maltraitance et la négligence envers les personnes âgées, impliquer les personnes âgées et soutenir leur participation, garantir des conditions et un environnement de travail de qualité et investir dans le capital humain, développer une infrastructure adaptée, développer une démarche en partenariat, développer une bonne gouvernance, développer une communication et une sensibilisation adéquates.

Source : Cadre européen de Qualité pour les services de soins et d'accompagnement aux personnes âgées. Principes et lignes directrices pour le bien-être et la dignité des personnes âgées [125]

Recommandations de bonnes pratiques

Les recommandations de bonnes pratiques de prévention primaire décrites dans la littérature peuvent se résumer ainsi :

- Améliorer la formation initiale des professionnels appelés à travailler auprès de la clientèle âgée [126,127];
- Offrir de la formation continue spécifique sur la maltraitance envers les personnes âgées [128];
- Encourager les professionnels de la santé à utiliser des médias sociaux, des ressources en ligne et des services publics pour envoyer des messages visant à combattre l'âgisme, ainsi qu'à conscientiser le public sur le sujet de la maltraitance envers les personnes âgées et les conséquences associées [129];
- S'assurer que les adultes plus âgés et que les enfants adultes soient mieux préparés à prendre soin de leurs parents vieillissants, et ce, par le biais de sensibilisation, d'éducation et de formations pour les aidants [129];
- Prioriser la recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, sous toutes ses formes [129];
- Améliorer les connaissances sur le sujet de la maltraitance envers les personnes âgées [106].

Références

- [1] Stannard C. I. « Old folks and dirty work: The Social Conditions for Patient Abuse in a Nursing Home ». *Soc. Probl.* 1973. Vol. 20, n°2, p. 329–342.
- [2] Organisation des Nations unies. *Rapport de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement*. 2002.
- [3] Bélanger L. *Rapport du comité violence et personnes âgées*. Association québécoise de gérontologie, 1981.
- [4] Grandmaison A. *Protection des personnes âgées. Étude exploratoire de la violence à l'égard de la clientèle des personnes âgées du CSSMM*. Montréal : Centre de services sociaux du Montréal métropolitain, 1988.
- [5] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Viellir...en toute liberté. Rapport du comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989.
- [6] Gouvernement du Québec. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. 2010.
- [7] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Évaluation de l'implantation du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016.
- [8] Gouvernement du Québec. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. [En ligne]. Québec : Gouvernement du Québec, 2017. Disponible sur : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/plan-action-maltraitance-2017-2022.pdf>
- [9] World Health Organization. *The Toronto Declaration on Global Prevention of Elder Abuse*. Geneva : World Health Organization, 2002.
- [10] Cortez N. *Elder Abuse and Neglect in Long Term Care Facilities: A Literature Review*. Montréal : CSSS Cavendish, 2013.
- [11] Schiamburg L. B. et collab. « Physical abuse of older adults in nursing homes: a random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home ». *J. Elder Abuse Negl.* 2012. Vol. 24, n°1, p. 65–83.
- [12] Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et collab. *Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées*. [En ligne]. Gouvernement du Québec, 2016. Disponible sur : <http://maltraitancedesaines.com/fr/terminologie>
- [13] Gouvernement du Québec. *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, 2e édition*. 2016.
- [14] Day M. R., Leahy-Warren P., McCarthy G. « Perceptions and views of self-neglect: a client-centered perspective ». *J. Elder Abuse Negl.* [En ligne]. 2013. Vol. 25, n°1, p. 76–94. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/08946566.2012.712864>
- [15] Dong X. « Elder self-neglect: research and practice ». *Clin. Interv. Aging.* 2017. Vol. 12, p. 949–954.
- [16] Dong X. et collab. « Elder abuse and mortality: the role of psychological and social wellbeing ». *Gerontology.* 2011. Vol. 57, n°6, p. 549–558.
- [17] Dong X., Xu Y., Ding D. « Elder self-neglect and suicidal ideation in an U.S. Chinese aging population: findings from the PINE study ». *J. Gerontol. Med. Sci.* 2017. Vol. 72, n°1, p. 76–81.
- [18] Lauder W. et collab. « Developing self-neglect theory: analysis of related and atypical cases of people identified as self-neglecting ». *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2009. Vol. 16, p. 447–454.
- [19] Zhao Y. et collab. « Associations of self-neglect with quality of life in older people in rural China: a cross-sectional study ». *Int. Psychogeriatr.* 2017. Vol. 29, n°6, p. 1015–1026.
- [20] Neesham-Grenon F. *L'intervention en travail social dans les situations d'autonégligence chez les personnes âgées (Mémoire de maîtrise)*. Sherbrooke : Faculté des lettres et sciences humaines, École de travail social, Université de Sherbrooke, 2012.
- [21] Calvé J. *Bonifier la pratique psychosociale en contexte de maltraitance des personnes âgées par la création et l'utilisation de guides de pratique (Essai de maîtrise)*. Sherbrooke : Faculté des lettres et sciences humaines, École de travail social, Université de Sherbrooke, 2016.
- [22] Doron I., Band-Winterstein T., Naim S. « The meaning of elder self-neglect: social workers' perspective ». *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2013. Vol. 77, n°1, p. 17–36.
- [23] Daly J. M. *Elder Abuse Prevention-Revised*. Iowa City, : University of Iowa College of Nursing, 2010.
- [24] Calvé J., Beaulieu M. *L'intervention en contexte d'autonégligence. Guide de pratique, Édition octobre 2016*. [En ligne]. Sherbrooke : Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, 2016. Disponible sur : http://www.maltraitancedesaines.com/images/Guide_auton%C3%A9gligence_franco_final.pdf
- [25] Yon Y. et collab. « Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis ». *The Lancet.* 2017. Vol. 5, p. e147–e156.
- [26] Podnieks E. et collab. *National Survey on Abuse of the Elderly in Canada. The Ryerson study*. Toronto : Ryerson Polytechnical Institute, 1990.
- [27] Pottie Bunge V. « Mauvais traitements infligés aux adultes plus âgés par les membres de la famille ». In : Pottie Bunge V, Locke D (éd.). *Violence Fam. Au Can. Un Profil Stat.* Ottawa : Statistique Canada, 2000.
- [28] National Initiative for the Care of the Elderly. *The National Survey on The Mistreatment of Older Adults in Canada - Prevalence. "Into the light" tool series (prevalence)*. Toronto : National Initiative for the Care of the Elderly, 2016.
- [29] McDonald L. et collab. « Institutional abuse of older adults: What we know, what we need to know ». *J. Elder Abuse Negl.* 2012. Vol. 24, n°2, p. 138–160.

- [30] Schempp N., Brucker U., Kimmel A. *Prevention of elder abuse. Toward a framework for the monitoring of elder abuse. Final results of MILCEA*. Essen : Medical Advisory Services of Health Insurance, 2012.
- [31] Aciermo R. et collab. « Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study ». *Am. J. Public Health*. 2010. Vol. 100, n°2, p. 292-297.
- [32] Chen R., Dong X. « Risk factors of elder abuse ». In : Dong X (éd.). *Res. Pract. Policy*. Switzerland : Springer International Publishing, 2017. p. 93-106.
- [33] Day A. et collab. « An assessment of interventions that target risk factors for elder abuse ». *Health Soc. Care Community*. 2016. p. 1-10.
- [34] Garre-Olmo J. et collab. « Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older ». *J. Am. Geriatr. Soc.* 2009. Vol. 57, n°5, p. 815-822.
- [35] Jackson S. L., Hafemeister T. L. « Risk factors associated with elder abuse: the importance of differentiating by type of elder maltreatment ». *Violence Vict.* 2011. Vol. 26, n°6, p. 738-757.
- [36] National Initiative for the Care of the Elderly. *Into the light: national survey on the mistreatment of older Canadians*. [En ligne]. Toronto : National Initiative for the Care of the Elderly, 2015. Disponible sur : <https://cnpea.ca/images/canada-report-june-7-2016-pre-study-lynnmcdonald.pdf>
- [37] Bonnie R. J., Wallace R. B. (éd.). *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington : The National Academies Press, 2003.
- [38] Biggs S. et collab. *Abuse and neglect of older people: secondary analysis of UK prevalence study*. London : King's College London and the National Center for Social Research, 2009.
- [39] Roberto K. A. « Complexities of elder abuse ». *Am. Psychol.* 2016. Vol. 71, n°4, p. 302-31.
- [40] Naughton C. et collab. *Abuse and Neglect of Older People in Ireland: A Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect*. Dublin : National Centre for the Protection of Older People, School of Nursing, Midwifery and Health Systems, University College Dublin, 2010.
- [41] Iris M., Conrad K. J., Beach S. « Validation of elder abuse measures and items using substantiation decision as the criterion ». *The Gerontologist*. 2016. Vol. 56, n°3, p. 298.
- [42] Beaulieu M. et collab. « A-t-on besoin d'une loi de signalement obligatoire de la maltraitance envers les aînés en milieu d'hébergement au Québec? ». *Vie Vieil.* 2016. Vol. 13, n°4, p. 11-22.
- [43] Trompetter H., Scholte R., Westerhof G. « Resident-to-resident relational aggression and subjective well-being in assisted living facilities ». *Aging Ment. Health*. 2011. Vol. 15, n°1, p. 59-67.
- [44] Beaulieu M., Lebœuf R. *Synthèse exécutive du rapport Beaulieu, M., Manseau-Young, M.-E., Pelletier, C., & Spencer, C. (12 janvier 2015). La maltraitance envers les personnes aînées en milieu d'hébergement. État de situation sur sa prise en charge et mise en perspective d'une approche visant le signalement obligatoire. Soumis au Secrétariat aux aînés du Gouvernement du Québec*. 2016.
- [45] Bytyqi B. *La maltraitance envers les personnes âgées en établissement médico-social (EMS) : Identification des facteurs de risque et des moyens de prévention (Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor en science HES-SO en soins infirmiers)*. Fribourg : Haute Ecole de Santé, 2011. 122 p.
- [46] Guillot L. « Chronique d'une violence ordinaire ». *Le Sociographe*. 2013. Vol. 2, n°42, p. 97-102.
- [47] Lechevalier Hurard L. « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique ». *Sociol. Trav.* 2013. Vol. 55, p. 279-301.
- [48] Banerjee A. et collab. « Structural violence in long-term, residential care for older people: comparing Canada and Scandinavia ». *Soc. Sci. Med.* 2011. Vol. 74, n°3, p. 398.
- [49] Blondet E. *L'évaluation des pratiques professionnelles : un outil au service de la bientraitance*. Rennes : École des Hautes Études en Santé publique, 2008. 50 p.
- [50] Habjanic A. et collab. « Challenges for institutional elder care in Slovenian nursing homes ». *J. Clin. Nurs.* 2012. Vol. 21, p. 2579-2589.
- [51] Picken S., Halphen J. M., Dyer C. B. « Elder mistreatment in the long-term care setting ». *Ann. Long-Term Care Aging*. 2011. Vol. 19, n°8, p. 30-35.
- [52] Lagacé M. « Le visage changeant de l'âgisme? Réflexions critiques ». *Vie Vieil.* 2013. Vol. 11, n°1, p. 25-30.
- [53] Beaulieu M., Crevier M. « Quand l'âgisme mène à considérer toutes les personnes aînées comme étant vulnérables et sujettes à la maltraitance ». *Vie Vieil.* 2013. Vol. 11, n°1, p. 5-11.
- [54] Biggs S., Haapala I. « Elder mistreatment, ageism, and human rights ». *Elder Abuse Int. Perspect.* 2013. Vol. 25, n°8, p. 1299-1306.
- [55] Schroyen S. et collab. *Ageism and its clinical impact in oncogeriatrics: state of knowledge and therapeutic leads*. octobre 2015.
- [56] Herrera Duarte A. *La lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées hispanophones : réflexion à partir d'un programme de sensibilisation (Essai de maîtrise)*. Sherbrooke : Faculté des lettres et sciences humaines, École de travail social, Université de Sherbrooke, 2017.
- [57] Ploeg J., Lohfeld L., Walsh C. A. « What Is "elder abuse"? Voices from the margin: the views of underrepresented Canadian older adults ». *J. Elder Abuse Negl.* 2013. Vol. 25, n°5, p. 396-424.
- [58] Spahic-Blazevic A. *Être à la fois proche aidant d'un aîné et réfugié au Québec : Promotion de la bientraitance (Essai de maîtrise)*. Sherbrooke : Faculté des lettres et sciences humaines, École de travail social, Université de Sherbrooke, 2013. 158 p.

- [59] Podnieks E., Thomas C. « The consequences of elder abuse ». In : Dong X (éd.). *Elder Abuse Res. Pract. Policy*. Switzerland : Springer, 2017. p. 109–123.
- [60] Dong X., Simon M. A. « Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons ». *J. Am. Med. Assoc. Intern. Med.* 2013. Vol. 173, p. 911–917.
- [61] Rovi S. et collab. « Mapping the elder mistreatment iceberg: U.S. hospitalizations with elder abuse and neglect diagnoses ». *J. Elder Abuse Negl.* 2009. Vol. 21, p. 346–359.
- [62] Bond M. C., Butler K. H. « Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening ». *Clin. Geriatr. Med.* 2013. Vol. 29, n°1, p. 257–273.
- [63] Dong X. et collab. « Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy - A mini review ». *Gerontology*. 2013. Vol. 59, n°2, p. 132–142.
- [64] Sauvageau A., Racette S. « Fatal neglect of the elderly by a spouse: a case report ». *Med. Sci. Law.* 2006. Vol. 46, n°2, p. 173–176.
- [65] Schofield M. J., Powers J. R., Loxton D. « Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: A 12-year prospective investigation ». *J. Am. Geriatr. Soc.* 2013. Vol. 61, n°5, p. 679–685.
- [66] Yunus R. M. et collab. « Mortality among elder abuse victims in rural Malaysia: A two-year population-based descriptive study ». *J. Elder Abuse Negl.* [En ligne]. Février 2017. Vol. 29, n°1, p. 59–71. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/08946566.2016.1260083>
- [67] Beaulieu M., Leboeuf R., Crête R. « La maltraitance matérielle ou financière des personnes âgées : un état des connaissances ». In : Crête R, Tchotourian I, Beaulieu M (éd.). *L'exploitation Financ. Pers. Aînées Prév. Résolution Sanction*. Montréal : Éditions Yvon Blais, 2014. p. 3–122.
- [68] McDonald L. et collab. « Resident-to-resident abuse: a scoping review ». *Can. J. Aging.* 2015. Vol. 34, n°2, p. 215–236.
- [69] Wong J., Waite L. « Elder mistreatment predicts later physical and psychological health : results from a national longitudinal study ». *J. Elder Abuse Negl.* 2017. Vol. 29, n°1, p. 15–42.
- [70] Cisler J. M. et collab. « Mistreatment and self-reported emotional symptoms: results from the national Elder Mistreatment Study ». *J. Elder Abuse Negl.* 2012. Vol. 24, n°3, p. 216–230.
- [71] Begle A. M. et collab. « Elder mistreatment and emotional symptoms among older adults in a largely rural population: The South Carolina elder mistreatment study ». *J. Interpers. Violence.* 2011. Vol. 26, p. 2321–2332.
- [72] Dong X. et collab. « Association between elder mistreatment and suicidal ideation among community-dwelling Chinese older adults in the USA ». *Gerontology*. 2015. Vol. 62, n°1, p. 71–80.
- [73] Olofsson N., Lindqvist K., Danielsson I. « Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65–84 years ». *Public Health.* 2012. Vol. 126, n°4, p. 358–364.
- [74] Wu L. et collab. « The relationship between elder mistreatment and suicidal ideation in rural older adults in China ». *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2013. Vol. 21, n°10, p. 1020–1028.
- [75] Nahmiash D., Schwartz R. « A community response to financial abuse of older adults ». *Indian J. Gerontol.* 2008. Vol. 22, n°3/4, p. 265–290.
- [76] Jackson S. L., Hafemeister T. L. *Financial abuse of elderly people vs. other forms of elder abuse: Assessing their dynamics, risk factors, and society's response*. Charlottesville : University of Virginia, National Institute of Justice, U.S. Department of Justice, 2011.
- [77] MetLife Mature Market Institute. *The metlife study of elder financial abuse: crimes of occasion, desperation and predation against america's elders*. [En ligne]. New York : MetLife Mature Market Institute, 2011. Disponible sur : <http://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2011/mmi-elder-financial-abuse.pdf>
- [78] Simard R., Leboeuf R. « Rôles et enjeux liés à l'intervention auprès des personnes âgées victimes d'exploitation financière ». In : Crête R, Tchotourian I, Beaulieu M (éd.). *L'exploitation Financ. Pers. Aînées Prév. Résolution Sanction*. Montréal : Éditions Yvon Blais, 2014. p. 477–488.
- [79] Gouvernement du Québec. *Ensemble pour contrer l'intimidation. Une responsabilité partagée. Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation 2015-2018*. 2015.
- [80] Gouvernement du Québec. *Ensemble contre l'intimidation. Forum sur la lutte contre l'intimidation. Québec. 2 octobre 2014. Cahier du participant*. [En ligne]. 2014. Disponible sur : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Programme-Forum-final.pdf>
- [81] Beaulieu M. « Contrer la maltraitance envers les personnes âgées au Québec. Bilan historique des politiques publiques et inventaire des principales actions ». *Risques Qual.* 2012. Vol. 9, n°4, p. 59–65.
- [82] Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées. *Rapport annuel des activités. An 7 : 1er novembre 2016 au 31 octobre 2017. Rapport inédit soumis au Secrétariat aux aînés pour validation le 31 octobre 2017*. Sherbrooke : Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, 2017.
- [83] Goodridge D. et collab. « Peer bullying in seniors' subsidised apartment communities in Saskatoon, Canada: participatory research ». *Health Soc. Care Community.* 2017. Vol. 25, n°4, p. 1439–1447.
- [84] Andresen F. J., Buchanan J. A. « Bullying in senior living facilities: perspectives of long-term care staff ». *J. Gerontol. Nurs.* 2017. Vol. 43, n°7, p. 41.
- [85] Bonifas R. P. « An introduction to bullying behaviors among older adults ». In : Bonifas RP (éd.). *Bullying Older Adults Recogn. Address Unseen Epidemic*. Maryland : Health Professions Press, 2016. p. 3–15.
- [86] Beaulieu M., Bédard M.-E., Leboeuf R. « L'intimidation envers les personnes âgées : un problème social connexe à la maltraitance? ». *Rev. Serv. Soc.* 2016. Vol. 61, n°2, p. 38–56.

- [87] Zhang Z. et collab. « Family members reports of non-staff abuse in Michigan nursing homes ». *J. Elder Abuse Negl.* 2012. Vol. 24, n°4, p. 357-369.
- [88] Bonifas R. P., Frankel M. *Senior Bullying, part 3: What is the Impact of Bullying?*. [En ligne]. *My Better Nurs. Home Resour. Create Long-Term Care Everobody Thrives*. 2012. Disponible sur : <http://www.mybetternursinghome.com/senior-bullying-part-3-what-is-the-impact-ofbullying/>
- [89] Bonifas R. P., Frankel M. *Senior Bullying, part 1: What is Bullying?*. [En ligne]. *My Better Nurs. Home Resour. Create Long-Term Care Everobody Thrives*. 2012. Disponible sur : <http://www.mybetternursinghome.com/senior-bullying-guest-post-by-robin-bonifas-phd-mswand-marsha-frankel-licsw/>
- [90] Lussier-Therrien M. *La cyberintimidation chez les personnes âgées : réflexion sur les axes d'intervention, les stratégies, les moyens d'action pour contrer le phénomène et le rôle du travailleur social (Essai de maîtrise)*. Sherbrooke : Faculté des lettres et sciences humaines, École de travail social, Université de Sherbrooke, 2016.
- [91] Powell M. « Ageism and abuse in the workplace: a new frontier ». *J. Gerontol. Soc. Work.* 2010. Vol. 53, n°7, p. 654-658.
- [92] Spangler D., Brandl B. « Abuse in later life: Power and control dynamics and a victim centered response ». *J. Am. Psychiatr. Nurses Assoc.* 2007. Vol. 12, n°6, p. 322-331.
- [93] Bonifas R. P., Frankel M. *Senior Bullying, part 2: Who Bullies and Who Gets Bullied?*. [En ligne]. *My Better Nurs. Home Resour. Create Long-Term Care Everobody Thrives*. 2012. Disponible sur : <http://www.mybetternursinghome.com/senior-bullying-part-2-who-bulliesand-who-gets-bullied/>
- [94] Bonifas R. P., Frankel M. *Senior Bullying, part 6: Strategies for the Targets of Bullying*. [En ligne]. *My Better Nurs. Home Resour. Create Long-Term Care Everobody Thrives*. 2012. Disponible sur : <http://www.mybetternursinghome.com/senior-bullying-part-6strategiesfor-targets-of-bullying/>
- [95] Bonifas R. P., Valderrama J. « Understanding bullying among older adults. What do we know? ». In : Bonifas RP (éd.). *Bullying Older Adults Recogn. Address Unseen Epidemic*. Maryland : Health Professions Press, 2016. p. 17-28.
- [96] Bonifas R. P., Hector O. « Senior bullying in assisted living: insights into an underrecognized phenomenon ». *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2013. Vol. 14, p. B3-B26.
- [97] Zsoldos E., Mahmood A., Ebmeier K. P. « Occupational stress, bullying and resilience in old age ». *Matur. Amst.* 2014. Vol. 78, n°2, p. 86-90.
- [98] Roeger L. et collab. « Is a history of school bullying victimization associated with adult suicidal ideation? A South Australian Population-Based Observational Study ». *J. Nerv. Ment. Dis.* 2010. Vol. 198, n°10, p. 728-733.
- [99] Feldman Barbera E. « Bullying assessment strategies and interventions ». In : Bonifas RP (éd.). *Bullying Older Adults Recogn. Address Unseen Epidemic*. Maryland : Health Professions Press, 2016. p. 93-108.
- [100] November A. « Empathy training: the different like me culture ». In : Bonifas RP (éd.). *Bullying Older Adults Recogn. Address Unseen Epidemic*. Maryland : Health Professions Press, 2016. p. 109-126.
- [101] Parker Cardinal K. « Social wellness initiatives to reduce bullying among older adults ». In : Bonifas RP (éd.). *Bullying Older Adults Recogn. Address Unseen Epidemic*. Maryland : Health Professions Press, 2016. p. 127-140.
- [102] Bonifas R. P. « A framework for anti-bullying interventions ». In : Bonifas RP (éd.). *Bullying Older Adults Recogn. Address Unseen Epidemic*. Maryland : Health Professions Press, 2016. p. 43-66.
- [103] Leboeuf R., Beaulieu M. *Understanding the Similarities and Distinctions Between Elder Abuse and Bullying in Order to Better Identify Appropriate Practice*. Octobre 2017.
- [104] Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées. *L'intimidation envers les personnes âgées. Mémoire déposé au gouvernement du Québec dans le cadre du forum sur l'intimidation*. Sherbrooke : Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, 2014.
- [105] Killick C. et collab. « Older people's conceptualization of abuse: a systematic review ». *J. Elder Abuse Negl.* 2015. Vol. 27, n°2, p. 100-120.
- [106] Laforest J. et collab. *Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2013.
- [107] Stein K. « Elder abuse prevention interventions ». In : Dong X (éd.). *Elder Abuse Res. Pract. Policy*. Switzerland : Springer International Publishing, 2017. p. 433-457.
- [108] Fraga S. et collab. « Elder abuse and socioeconomic inequalities: A multilevel study in 7 European countries ». *Prev. Med.* 2014. Vol. 61, p. 42-47.
- [109] Naughton C. et collab. « The relationship between older people's awareness of the term elder abuse and actual experiences of elder abuse ». *Int. Psychogeriatr.* 2013. Vol. 25, n°8, p. 1257-1266.
- [110] Moore C., Browne C. « Emerging innovation, best practices, and evidence-based practices in elder abuse and neglect: a review of recent developments in the field ». *J. Fam. Violence.* 2017. Vol. 32, n°4, p. 383-397.
- [111] Pinsker D., McFarland K., Stone V. « The social vulnerability scale for older adults: an exploratory and confirmatory factor analytic study ». *J. Elder Abuse Negl.* 2011. Vol. 23, n°3, p. 246-272.
- [112] Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées, Réseau québécois pour contrer les abus envers les aînés. *La Trousse SOS Abus*. Montréal : Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées, 2010.

- [113] Boissière-Dubourg F. *De la maltraitance à la bientraitance (2e édition)*. Paris : Éditions Lamarre, 2014.
- [114] Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Paris : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2008.
- [115] Nahmiash D., Reis M. « Most successful intervention strategies for abused older adults ». *J. Elder Abuse Negl.* 2001. Vol. 12, p. 53–70.
- [116] Reay A. M. C., Browne K. D. « The effectiveness of psychological interventions with individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents ». *J. Interpers. Violence*. 2002. Vol. 17, p. 416–431.
- [117] Regroupement des aidantes et aidants naturels. « À propos du Regroupement des aidantes et aidants naturels ». In : *Regroupement Aidantes Aidants Nat.* [En ligne]. 2017. Disponible sur : <http://www.raan.ca/a-propos/>
- [118] Pillemer K. et collab. « Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies ». *The Gerontologist*. 2016. p. 56–2.
- [119] Guerdoux E., Samacoits P. « Et si nous étions tous maltraitants? ». *Rev. Francoph. Gériatrie Gérontologie*. 2011. Vol. 18, n°179, p. 465–469.
- [120] Protecteur du citoyen. *Rapport annuel 2008-2009 : compassion, équité, impartialité, respect*. Québec : Protecteur du citoyen, 2009.
- [121] Beaulieu M., Crevier M. « Contrer la maltraitance et promouvoir la bientraitance des personnes âgées ». *Gérontologie Société*. 2010. Vol. 133, p. 69–87.
- [122] Gouvernement du Québec. « Certification des résidences privées pour aînés ». In : *Ministère Santé Serv. Sociaux* [En ligne]. 2017. Disponible sur : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/groupes/certification_residences_privées.php
- [123] Lalonde C., Roux-Dufort C. « Comment prévenir une crise? Les leçons tirées des plaintes de maltraitance au Centre de soins de longue durée Saint-Charles-Borromée ». *Gestion*. 2012. Vol. 2, n°37, p. 72–84.
- [124] Gouvernement du Québec. *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. [En ligne]. 2017. Disponible sur : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php>
- [125] WeDO, Partenariat européen pour le Bien-Être et la Dignité des personnes âgées. *Cadre européen de Qualité pour les services de soins et d'accompagnement aux personnes âgées. Principes et lignes directrices pour le bien-être et la dignité des personnes âgées*. Bruxelles : Partenariat européen pour le Bien-Être et la Dignité des personnes âgées, 2010.
- [126] Pillemer K. et collab. « Practitioners' views on elder mistreatment research priorities: recommendations from a Research-to-Practice Consensus conference ». *J. Elder Abuse Negl.* [En ligne]. Avril 2011. Vol. 23, n°2, p. 115–126. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/08946566.2011.558777>
- [127] Pillemer K. et collab. « Interventions to prevent elder mistreatment ». In : Doll LS et collab. (éd.). *Handb. Inj. Violence Prev.* Boston : Springer, 2007. p. 241–254.
- [128] Imbody B., Vandsburger E. « Elder abuse and neglect: assessment tools interventions and recommendations for effective service provision ». *Educ. Gerontol.* 2011. Vol. 37, n°7, p. 634–650.
- [129] Sullivan C. G. « Elder justice: preventing and intervening in elder mistreatment ». *Am. Acad. Nurs. Policy*. 2015. Vol. 63, n°5, p. 610–613.

Chapitre 7

La violence en milieu scolaire et les défis de l'éducation à la socialisation

François Bowen, Caroline Levasseur
Claire Beaumont, Éric Morissette, Paula St-Arnaud

Messages clés

- La violence à l'école se définit comme tout type de comportement non désiré, perçu comme étant hostile et nuisible, portant atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'une personne, à ses droits ou à sa dignité. La violence peut être vécue, et commise, par des élèves ou par le personnel scolaire.
- Chez les élèves, il s'agit de comportements subis de la part de leurs pairs, des adultes de l'école, ou encore de violence qu'ils perçoivent ou observent dans leur environnement scolaire. La violence vécue par le personnel scolaire se manifeste par des comportements négatifs de la part des élèves, des collègues de leur école, ou encore de parents d'élèves.
- La violence en milieu scolaire est fréquente. Selon les études considérées, on estime que plus du tiers des élèves québécois vivent au moins un épisode de violence verbale ou physique à l'école ou sur le chemin de l'école.
- L'intimidation (incluant la cyberintimidation) fait partie d'un ensemble d'agressions que peut subir un élève à travers son vécu scolaire. L'élève victime d'intimidation durant sa scolarisation sera ultimement plus à risque de connaître des problèmes d'intégration et d'adaptation sociale. Il a été rapporté également que l'élève qui intimide fréquemment est lui-même plus à risque de présenter certaines manifestations de mal-être (solitude, dépression, désintérêt pour l'école, consommation excessive d'alcool ou de drogues) que les élèves non impliqués.
- Les comportements violents en milieu scolaire ne peuvent être attribuables qu'à des facteurs individuels, puisque la violence est aussi influencée par un ensemble de conditions de l'environnement scolaire, comme le cadre éducatif, les conditions d'enseignement et d'apprentissage, la qualité des relations interpersonnelles, la qualité de l'environnement physique et social, etc.
- L'école est un milieu de vie complexe propice aux multiples manifestations de violence, mais également un endroit privilégié pour soutenir l'apprentissage de comportements sociaux positifs et le développement de mécanismes socioémotionnels permettant aux individus de développer des ressources pour gérer adéquatement leurs relations interpersonnelles.
- Pour prévenir la violence, il est essentiel de concevoir l'intervention en milieu scolaire à l'intérieur d'un modèle intégrateur ciblant divers niveaux d'intervention et l'ensemble de l'environnement scolaire.

Introduction

L'école est un milieu de vie complexe propice aux multiples manifestations de violence, mais également un endroit privilégié pour soutenir l'apprentissage de comportements sociaux positifs et le développement de mécanismes socioémotionnels permettant aux individus de développer des ressources pour gérer adéquatement leurs relations interpersonnelles. Dans cette perspective, les recherches descriptives longitudinales approfondies ainsi que certains développements méthodologiques réalisés au cours des 25 dernières années ont permis non seulement d'accroître nos connaissances dans la nature des actes commis et leur portée, mais également dans les contextes sociorelationnels sous-jacents à ces actes. En combinant cela avec une connaissance fine des mécanismes développementaux en jeu dans l'émergence et le maintien de conduites prosociales, il est aujourd'hui possible, grâce à une compréhension globale et écologique de ces manifestations, de cibler les interventions les plus appropriées, notamment en milieu scolaire, pour prévenir et réduire les comportements d'agression entre élèves.

Les nombreux défis posés par la prévention de la violence en milieu scolaire exigent d'abord de bien connaître les caractéristiques des conduites agressives et violentes, ainsi que les nombreux contextes dans lesquels ces conduites s'expriment. À la lumière des différentes enquêtes menées dans les écoles québécoises depuis près de 20 ans, nous décrivons, dans la deuxième section, l'ampleur et les tendances de ce phénomène dans toute sa diversité en fonction, entre autres, des niveaux scolaires. Tenant compte de l'évolution des technologies, nous abordons également les manifestations de la cyberviolence chez les jeunes, en lien avec la violence qu'ils expriment et subissent à l'école. Ensuite, une section présente une synthèse des principaux facteurs et processus en jeu dans l'émergence et le maintien des conduites agressives et violentes. Dans une quatrième section, une attention particulière est portée au rôle de l'environnement scolaire dans le maintien ou la réduction des facteurs de risque, tout comme dans la consolidation de certains facteurs et processus de protection. À cet égard, l'accent est mis sur les facteurs pour lesquels l'action éducative a une réelle emprise. La dernière section de ce chapitre présente l'état actuel des efforts consentis par les gouvernements et les milieux de l'éducation depuis une quinzaine d'années afin de prévenir et de réduire la violence dans les écoles. Nous suggérons ensuite une série de grandes pistes d'action visant, d'une part, une consolidation des actions déjà entreprises et, d'autre part, un accroissement significatif et durable de la portée des mesures déjà en place.

Définition, caractéristiques des comportements agressifs ou violents et contextes

Les comportements de violence à l'école se définissent comme étant tout type de comportement non désiré, perçu comme étant hostile et nuisible, portant atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'une (autre) personne, à ses droits ou à sa dignité [1–4]. Pour les **élèves**, il s'agit par conséquent de comportements négatifs qu'ils subissent de la part de leurs pairs ou des adultes de l'école, ou encore des comportements qu'ils perçoivent ou observent dans leur environnement. En ce qui concerne les comportements d'agression vécus par le **personnel scolaire**, il s'agit de comportements négatifs dont il aurait été la cible de la part des élèves, des collègues de leur école, ou encore de parents d'élèves.

La violence entraîne de façon presque inévitable des conséquences négatives chez ceux qui la subissent personnellement ou qui l'observent chez d'autres. L'intensité, la durée et la gravité de ces conséquences varient selon la nature des actes, le contexte sociorelationnel dans lequel ils se produisent, mais également selon la qualité du soutien social (pairs et adultes) et les caractéristiques personnelles de ceux qui subissent ou perçoivent ces agressions. Ces impacts négatifs peuvent être de nature psychologique (anxiété, stress, perte de motivation scolaire, image de soi négative, sentiment d'impuissance, idéations suicidaires, etc.) ou sociale (rejet par les pairs, isolement social, marginalisation). Outre ces conséquences négatives sur le plan personnel, l'ensemble des manifestations de violence, combiné aux réactions qu'elles suscitent, contribuent à modifier directement le climat social (relationnel, de sécurité, d'appartenance, etc.) et éducatif.

Ce dernier affecte l'ensemble des individus de la classe et de l'école, et nuit aux conditions d'apprentissage des jeunes. Comme nous le verrons plus loin dans ce chapitre, les problèmes de violence sont rarement vécus strictement entre deux personnes en conflit. Il convient aussi de souligner que l'enfant ou l'adolescent qui tend à agresser plus qu'à subir est également susceptible de vivre, éventuellement, des difficultés importantes sur les plans développemental et psychologique, devenant parfois à son tour victime de violence [5,6]. À l'inverse, il existe une documentation scientifique de plus en plus importante qui rapporte qu'une partie des jeunes qui subissent des actes de violence de façon répétée deviendront aussi des agresseurs (voir la recension de Swearer, Espelage, Vaillancourt et Hymel [7] et celle de Galand [5]).

Types et formes d'agressivité et de violence

Il existe plusieurs classifications ou taxonomies pour décrire et mesurer les comportements agressifs et violents. Ces systèmes de classification décrivent non seulement la nature diverse et les formes qu'empruntent ces conduites, mais également leur contexte de déclenchement (réactif ou proactif), ainsi que la direction qu'elles prennent (directe ou indirecte). Au cours des 20 dernières années, l'étude des cyberagressions a connu un développement particulièrement important avec l'expansion d'Internet. Bien que certaines catégories de conduites agressives déjà bien définies peuvent servir aux recherches en matière de cyberagression – une menace restera toujours une menace, quel que soit le moyen de communication utilisé –, certaines caractéristiques et certains moyens, propres aux échanges sur Internet (ex. : le caractère asynchrone de très nombreux échanges), ont néanmoins exigé d'enrichir les systèmes taxonomiques afin de rendre compte, de façon exhaustive, des multiples formes et contextes de violence qui se manifestent dans le cyberspace.

Agressivité proactive et agressivité réactive

C'est principalement à Kenneth Dodge et à son collègue John Coie (Duke University) que l'on doit les premières études des fondements empiriques et théoriques, dans les années 80, sur les distinctions à établir entre le caractère proactif et réactif des actes agressifs et violents (voir Dodge [8] sur l'origine et le développement de ces recherches).

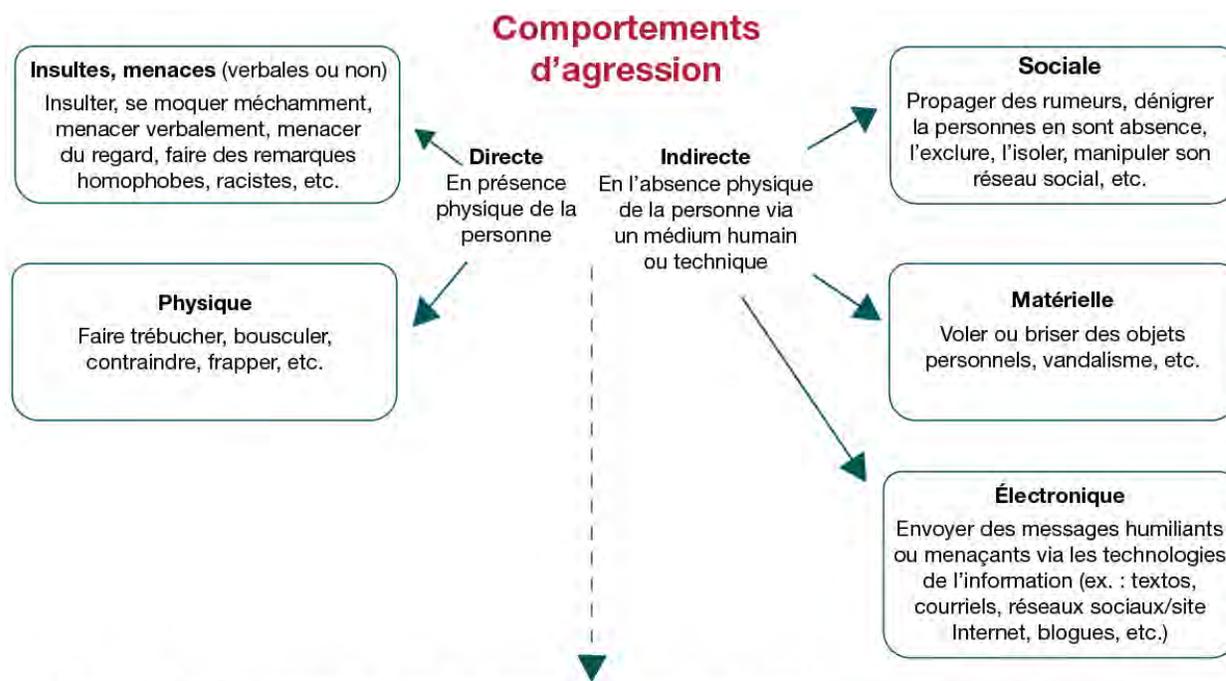
En effet, la gravité des conséquences qu'entraînent les actes de violence subis varie notamment en fonction de la nature de ces mêmes actes, ainsi que du contexte psychosocial (personnel et relationnel) menant à leur déclenchement (ainsi que leurs motivations). **L'agressivité proactive** est le résultat d'une stratégie visant à contrôler, à dominer ou à s'accaparer. Le cas de l'intimidation (incluant le harcèlement) est sans doute l'exemple d'agressivité-violence proactive dont il est fait mention le plus régulièrement dans les discussions et les médias concernant la violence à l'école. L'intimidation se définit comme tout comportement, parole, acte ou geste délibéré ou non, à caractère répétitif, exprimé directement ou indirectement, y compris dans le cyberspace, dans un contexte caractérisé par l'inégalité des rapports de force entre les personnes concernées, ayant pour effet d'engendrer des sentiments de détresse et de léser, de blesser, d'opprimer ou d'ostraciser (Loi sur l'instruction publique, art. 13, par. 1.1 [9]). Ce type de comportement est rarement spontané ou en réaction à une agression reçue; il est plutôt le résultat d'une intention visant à contrôler, à dominer ou à s'accaparer. Le plus souvent, l'élève qui manifeste de façon régulière ce type de comportement possède des habiletés sociales. L'intimidation par ce type d'élèves est un moyen parmi d'autres, au même titre que l'expression des comportements prosociaux, pour obtenir certains avantages sociaux (amis, reconnaissance, etc.) ou pour améliorer son statut au sein d'un groupe de pairs [10]. Les comportements d'agressivité proactifs comme l'intimidation se développent et se consolident en fonction des contingences de l'environnement social (application des règles de vie, niveau d'attention et d'intervention des adultes en milieu scolaire, enseignement de solutions prosociales lors de la résolution de conflits, etc.). À l'opposé, **les comportements d'agressivité réactive** sont plutôt la résultante d'une difficulté d'adaptation chez l'élève qui se manifeste notamment par des mécanismes insuffisants sur le plan de l'autorégulation socioémotionnelle et comportementale [10]. Un exemple de ce type de conduite est un jeune qui réagit agressivement, de façon impulsive, à une provocation ou à un geste déplacé, sans essayer de se calmer ou de prendre un peu de distance par rapport à ce qui vient de lui arriver. Les enfants présentant des conduites agressives réactives

ont, entre autres, tendance à attribuer des intentions hostiles face à un geste ambigu dirigé vers eux (ex. : recevoir un ballon dans le dos durant la récréation, un camarade qui échappe de la peinture sur son dessin, etc.). Sans demander des explications ou essayer de comprendre ce qui a pu réellement se passer, car il pourrait s'agir d'un geste accidentel, ces enfants infèrent généralement dans ce type de situations des intentions hostiles à leur endroit de la part de l'autre, réagissant agressivement, souvent de façon disproportionnée. Les gestes d'agressivité réactive ne sont donc pas associés à une stratégie ni à une intention bien planifiée de porter atteinte à autrui, bien qu'au final, ils amènent néanmoins cette conséquence. Il n'existe pas de profils « purs » des réactifs et des proactifs durant la période de scolarisation. Bien qu'empiriquement il soit possible de les distinguer, un jeune tend à développer ces deux modes opératoires tout au long de sa socialisation en milieu scolaire et extrascolaire.

Violence directe et indirecte

Ainsi, outre les enjeux associés aux rapports de force qu'induit nécessairement l'expression de tout acte de violence, les recherches menées au cours des 30 dernières années ont permis d'identifier d'autres grandes catégories de conduites violentes au sein d'une taxonomie qui s'est avérée empiriquement et théoriquement fondée [2]. Selon cette taxonomie, il existe deux grands types d'agression, soit **directs** et **indirects**. Ces deux types d'agression comportent en tout cinq formes distinctes : 1) direct/insultes, menaces; 2) directe/physique; 3) indirecte/sociale; 4) indirecte/électronique; et 5) indirecte/matérielle (voir la figure 1).

Figure 1 Précisions sur les formes de violence selon le modèle testé de Beaumont et collaborateurs, 2014



La répétitivité de la victimisation (ex. : deux ou trois fois et plus par mois), a été retenue pour considérer les gestes comme étant du harcèlement ou de l'intimidation. Toutefois, un geste d'agression unique qui atteint l'intégrité physique ou morale d'une personne requiert une intervention même s'il n'est pas répétitif ou considéré comme de l'intimidation comme tel. Certains de ces comportements d'agression commis isolément peuvent être graves (ex. : menaces de mort, agression physique) et donner lieu à des dispositions légales.

Les comportements d'agression *directe* décrits par ce modèle sont des agressions exprimées et adressées directement vers une personne clairement ciblée, généralement présente physiquement ou accessible par un moyen de communication (ex. : un blogue, un échange synchrone sur Internet, un échange téléphonique, etc.). Pour leur part, les comportements d'agression *indirecte* se caractérisent par des actions négatives qui ne sont pas exprimées/perpétrées directement vers l'individu (la plupart du temps absent au moment où cela se produit), mais plutôt vers un tiers ou à l'aide d'un moyen technique (en mode asynchrone, c'est-à-dire sans lien simultané avec la victime). Comme pour l'agression directe, les actions de type indirectes peuvent se manifester sous plusieurs formes (modalités) : sociale (relationnelles), matérielle et électronique (mode asynchrone) (figure 1). Au cours des dernières années, une forme dite à connotation sexuelle s'est ajoutée et se traduit généralement par des insultes ou des menaces, par des agressions physiques, sociales ou encore par voie électronique [11].

Cyberagression

La cyberagression fait référence, la plupart du temps, à un comportement d'agression de type *indirect*, à l'aide d'un moyen de communication technologique. Les formes et les modalités qu'emprunte la cyberagression sont diverses : menaces et harcèlement en ligne; attaques personnelles à l'endroit d'une personne ou d'un groupe d'individus pour dénigrer leurs opinions ou leurs réalisations; médisance; diffusion, sans autorisation, d'informations personnelles concernant une personne à qui on veut porter atteinte; tentatives de rapprochement indésirable se produisant lorsqu'un individu cause de la détresse à la personne ciblée en sollicitant à répétition son attention de façon inappropriée ou non désirée; paroles ou remarques en vue de rejeter la personne d'un groupe constitué au sein d'un réseau, etc. [12]. Ces agressions peuvent atteindre la personne de manière **instantanée** (ex. : Facetime, Skype, textos) ou **différée** (ex. : courriels, réseaux sociaux, sites), et sont souvent commises à son insu et sans même qu'elle n'en connaisse la provenance [13]. Comme il est souvent souligné dans les études portant sur la cyberagression, le caractère anonyme de certaines agressions (par un pseudonyme) ou, à tout le moins, la distance que la technologie établit entre l'agresseur et la personne qui subit l'agression accroissent le sentiment d'impunité chez celui qui commet ce type d'acte, comme il crée à tort, chez ceux qui le subissent, un sentiment d'impuissance pour faire cesser ce type d'agression. Comme le souligne Beaumont, Galand et Lucia, un seul geste d'agression en ligne peut se révéler très grave (ex. : menaces de mort, diffusion d'images dénigrantes à un large public), et requérir une intervention sans qu'il ne soit pas nécessairement commis à répétition [14]. De plus, compte tenu de la vitesse de propagation de ces cyberagressions, les conséquences sur la personne ciblée s'en trouvent souvent aggravées¹. Les recherches récentes ont montré que le cyberespace et les milieux scolaires sont souvent intimement liés lorsqu'il s'agit de conflits et d'intimidation. L'un, s'avérant souvent la continuité de l'autre, ou encore le prétexte (conflit, rivalité, gestes déplacés, etc.) pour poursuivre et accroître les tensions déjà existantes [12,15].

Au-delà des multiples formes de comportements agressifs et violents, il y aura toujours la nécessité de bien décrire (et de comprendre) la dynamique sociale qui sous-tend ces conduites en milieu scolaire.

L'ensemble de ces considérations vient souligner, une fois de plus, que la violence et l'agressivité à l'école s'expriment – dans la quasi-totalité des cas – dans un contexte sociorelationnel (élément essentiel, au-delà des différentes formes que peuvent prendre les gestes violents ou agressifs). Au même titre que la coopération et l'altruisme qui se structurent autour des rapports interpersonnels et des règles de vie en société, les comportements d'agression et de violence sont régis par les mêmes structures fondamentales des rapports interpersonnels. L'école et le monde de la classe sont des environnements sociaux avec leurs caractéristiques et leurs dynamiques spécifiques. Une récente étude, comme bien d'autres auparavant,

¹ Devant de tels risques, une intervention s'impose, pouvant aller jusqu'à des dispositions légales. Toutefois, avant d'en arriver là, il existe des moyens relativement efficaces pour lutter contre ce type de violence, mais nécessitant une réelle concertation entre les différents acteurs (dont les parents et les intervenants du milieu scolaire) et les fournisseurs de services Internet (voir la section *La prévention et la réduction de la violence dans les écoles : pour une meilleure intégration des mesures globales et spécifiques de l'article De l'école au cyberespace, le phénomène de l'intimidation, chez les jeunes : état de la recherche et de l'intervention* [12]).

souligne l'importance de prendre en compte non seulement la nature (les types et les formes) des actes commis et subis, mais également la dynamique sociale (compétition entre les pairs, liens affiliatifs, défense de son honneur, vengeance, fausses accusations, etc.) dans laquelle se manifestent ces conduites si l'on veut efficacement agir pour les prévenir [16]. Certes, de prime abord, les comportements prosociaux et les comportements d'agression et de violence sont en apparence opposés au regard des conséquences qu'ils ont chez autrui. Néanmoins, ces deux catégories comportementales se révèlent dans bien des cas comme des stratégies complémentaires visant des buts sociaux identiques (acquisition et le contrôle de ressources matérielles, socioaffectives ou intellectuelles, maintien d'une certaine dominance sociale ou d'une plus grande attractivité auprès de ses pairs, etc.) [10]. En d'autres termes, il ne s'agit pas de cibler uniquement les gestes posés et subis, ni même leur contexte immédiat de déclenchement. Comme nous le verrons plus loin, la prévention et la réduction des actes violents en milieu scolaire reposent également sur une connaissance juste des enjeux sociaux qui motivent souvent ce type d'acte. Dans le même ordre d'idées, il s'avère essentiel de bien comprendre les raisons et les justifications morales que les jeunes apportent pour motiver le fait de commettre de tels actes, ou tout simplement d'en être témoin sans intervenir [17]. Une telle compréhension constitue une autre des clés pour prévenir et intervenir efficacement auprès des jeunes, car elle donne accès aux éléments motivationnels derrière de tels actes (voir la section La prévention et la réduction de la violence dans les écoles : pour une meilleure intégration des mesures globales et spécifiques).

Il ne faut jamais perdre de vue que l'agressivité (physique, verbale, instrumentale/matérielle) constitue souvent un mécanisme adaptatif qui a sa raison d'être d'un point de vue évolutif et développemental.

Ampleur des comportements d'agression et de victimisation en milieu scolaire québécois

La violence à l'école : une préoccupation mondiale

La violence à l'école est un sujet étudié systématiquement depuis près de 40 ans partout dans le monde occidental. Toutefois, lorsque l'on prend connaissance de l'ensemble de ces études, il n'est pas toujours facile de se faire une idée définitive des taux de prévalence en raison des très grandes variations qui s'observent d'une étude à l'autre. En effet, ces dernières rapportent des taux de victimisation (ou d'actes de violence subis) variant entre 6 % et 45 % des jeunes, selon les pays et les méthodologies employées (âge des répondants, types de violence, fréquence des comportements subis ou agis, période étudiée, formulation des questions, techniques d'échantillonnage utilisées, etc.) [18–20]. Bien qu'une certaine prudence doive être de mise avec ce type d'études, celles-ci permettent néanmoins d'obtenir une vision d'ensemble des aspects particulièrement saillants du phénomène (ex. : l'intimidation subie).

Parmi les initiatives internationales présentant une méthodologie fiable ayant cherché à mesurer l'ampleur du phénomène figure l'Enquête longitudinale sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC – *Health Behaviour in School-aged Children*), menée depuis 1982 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en collaboration avec plus de 40 pays [21]. En 2010–2011, cette enquête révélait qu'au **Canada**, près de 20 % des jeunes déclaraient avoir été **intimidés** au moins une fois au cours « des derniers mois » (formulé tel quel dans le questionnaire que les jeunes ont rempli) précédant l'enquête, le nombre de cas de victimisation diminuant entre la 6^e année du primaire (filles : 31 %, garçons : 26 %) et la 10^e année (filles : 23 %, garçons : 15 %). Toutes années confondues, le pourcentage d'élèves ayant déclaré avoir été fréquemment victimes d'intimidation (au moins une fois par semaine) était quant à lui de 3 % chez les garçons et de 8 % chez les filles. Cette enquête rapporte aussi qu'au Canada, les filles déclarent davantage subir de l'**intimidation indirecte** (ex. : commérage, exclusion), forme d'agression qui, selon les données, diminuerait progressivement avec l'âge des répondantes. Toujours dans cette même étude, près de 18 % des filles canadiennes ont aussi déclaré avoir été **cyberagressées** (ex. : harcèlement par les réseaux sociaux ou les téléphones cellulaires), contre 15 % chez les garçons [22].

Ampleur des comportements d'agression et de victimisation dans les écoles du Québec entre les élèves

Au cours des 17 dernières années, trois grandes enquêtes menées sur le terrain ont permis de brosser un portrait assez complet des manifestations de la violence vécue en milieu scolaire et en périphérie de ce dernier, ainsi que des liens avec les manifestations de violence dans le cyberspace. Plusieurs chercheurs québécois ont aussi contribué à mieux faire connaître le phénomène de la violence vécue par les élèves, en particulier autour de la question des similitudes et des différences entre les garçons et les filles [23,24].

La **première de ces enquêtes** de grande envergure menée au Québec, *L'Enquête sur la violence dans les écoles québécoises – EVEQ* –, a été réalisée entre 1999 et 2005 auprès d'écoles publiques comportant une clientèle scolaire de milieux socio-économiques très diversifiés [25,26]. Elle a été réalisée auprès des élèves et du personnel scolaire, et décrivait pour la première fois un large éventail de conduites d'agression (surtout directes) rapportées en tant que comportements **subis**, **agis** ou **perçus**. Toutefois, compte tenu de la période couverte, cette enquête ne dispose d'aucune donnée concernant la cyberviolence. Une synthèse des résultats obtenus par l'EVEQ révèle notamment que parmi les élèves de 4^e, 5^e et 6^e année du primaire, 44 % disent avoir été victimes au moins une fois au cours de l'année scolaire d'insultes, 29 % de menaces, et 20 % de violence physique. De légères différences ont été observées chez les élèves du secondaire, 50 % d'entre eux déclarant avoir été la cible d'insultes, 31 % de menaces, 33 % de vols et 16 % de violence physique. Les analyses réalisées à la suite de cette vaste enquête ont permis de faire plusieurs constats.

Le premier de ces constats est qu'il n'existait pratiquement pas de différences entre les niveaux de défavorisation socio-économique des écoles concernant la violence subie (de la part des autres élèves) ou perçue par les élèves et les membres du personnel. Concrètement, cela signifiait qu'il y avait des écoles de milieux socio-économiques très favorisés qui avaient des taux d'agression subie et perçue particulièrement élevés, alors que ces taux pouvaient être très bas dans des écoles de milieux très défavorisés sur le plan socio-économique [27,28]. Sans nier la possibilité d'une influence des facteurs socio-économiques et socioculturels, ce constat fait ressortir l'importance du milieu – « l'effet-école » – dans la création et le maintien d'un contexte de vie favorisant des conduites, des relations interpersonnelles et un climat scolaire général appropriés [28,29].

Le second constat concerne la relation entre le niveau d'agression subie et perçue par les enseignants et le nombre d'années d'expérience. Les analyses montrent clairement une relation inverse entre le nombre d'années d'expérience des enseignants et le niveau d'agression subie rapportée ainsi que perçue [27]. En d'autres termes, les enseignants en début de profession rapportent subir plus de violence de la part des élèves et en percevoir également significativement plus que leurs collègues qui sont plus avancés dans la profession. Ces résultats soulèvent un certain nombre de questions concernant, d'une part, le niveau de formation des enseignants face à certaines situations pouvant créer des réactions violentes de la part des élèves, mais également sur les conditions d'insertion professionnelle et de précarité dans l'exercice des jeunes enseignants (par exemple, une très grande mobilité faisant en sorte que les jeunes enseignants sont souvent déplacés d'un milieu à un autre).

De son côté, l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes au secondaire (EQSJS), réalisée durant l'année scolaire 2010-2011, a permis entre autres de faire certains constats concernant la violence à l'école [30]. De plus, pour la première fois dans une recherche d'envergure, portant sur plus de 63 000 jeunes, les manifestations de cyberintimidation rapportées par les adolescents québécois ont été examinées. Les données obtenues par l'EQSJS révèlent qu'en 2010-2011, le tiers (36 %) des élèves de la 1^{re} à la 5^e secondaire déclarait avoir été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école. L'EQSJS révèle par ailleurs qu'il existe des différences importantes entre les garçons (42 %) et les filles (29 %). Les actes de cyberintimidation subis au moins une fois pendant l'année scolaire concernaient 5 % des élèves du secondaire, les filles en étant deux fois plus souvent victimes (7 %) que les garçons (3,9 %). Toutefois, parmi les victimes de cyberintimidation, très peu d'entre elles (4,7 %) rapportent l'avoir été très souvent [31].

Ces derniers résultats indiquent que la cyberintimidation fait partie d'un ensemble d'agressions que peut subir un élève à travers son vécu scolaire. Cette conclusion rejoint celles issues de nombreuses autres recherches dans le domaine [12]. Dans cette perspective, même s'il apparaît que l'agression directe et indirecte, vécue à l'école ou en périphérie de cette dernière, touche un plus grand nombre d'élèves que la cyberintimidation, il ne faut surtout pas minimiser l'importance ni le rôle de ce phénomène. En effet, les réseaux sociaux et l'Internet sont appelés à prendre de plus en plus d'importance, sans compter le véritable essor technologique des 10 dernières années en matière d'application mobile via notamment les téléphones intelligents. Les recherches démontrent clairement une filiation entre la violence vécue à l'école et dans le cyberspace qu'on ne peut ignorer [12,15]. Cette réflexion doit notamment se faire en étroite relation avec le cheminement scolaire de nos adolescents et préadolescents. En effet, l'EQSJS a également mis en évidence le fait que la cyberintimidation touche plus souvent des élèves au début du secondaire (46 % du total des cyberintimidations) que ceux en 5^e secondaire (27 %).

La **troisième grande enquête** que nous présentons se veut la plus ambitieuse et la plus complète à avoir été réalisée dans les milieux scolaires québécois. Elle est basée sur un vaste réseau de veille et de collecte d'informations concernant les multiples manifestations de violence dans les écoles primaires et secondaires du Québec. Ce réseau a été mis sur pied il y a quelques années par l'équipe de recherche sur la sécurité et la violence dans les écoles québécoises (SEVEQ), grâce à la collaboration étroite avec le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et plusieurs commissions scolaires du Québec. Depuis 2012, grâce à ce réseau, Beaumont et ses collaborateurs effectuent un monitoring national de manière biennale afin d'évaluer divers aspects liés à la violence dans les écoles québécoises [2]. Cette veille se poursuivra au moins jusqu'en 2019 et même au-delà, fort probablement. Dans le cadre de ses activités, ce réseau a développé un questionnaire qui a été rempli par les élèves ainsi que le personnel scolaire de plus de 200 écoles québécoises en 2013 et en 2015. Cet instrument couvre l'ensemble des catégories d'agressions directes et indirectes, ainsi que la cyberintimidation, qui sont décrites à la section précédente (figure 1). Ces catégories couvrent à la fois la perception des actes posés dans l'environnement, ainsi que celles subies par le répondant.

Outre les agressions provenant des pairs, les élèves pouvaient aussi rapporter des agressions subies de la part des adultes de l'école (voir l'encadré 1). En ce qui les concerne, les membres du personnel pouvaient aussi rapporter des agressions subies de la part des élèves. Le tableau 1 présente les résultats obtenus lors des enquêtes de 2013 et de 2015 avec les principales catégories d'agression que les élèves ont subie par les pairs.

Tableau 1 Pourcentages d'élèves du primaire et du secondaire rapportant avoir subi différents types d'agression de la part de leurs pairs, 2013 et 2015

Comportements subis		Quelques fois (%) (1-2 fois/an)		Souvent/très souvent (%) (2-3 fois/mois et plus)		% de changements (fréquence moyenne)
		2013	2015	2013	2015	2013-2015
Insulté ou traité de noms	Primaire	37,9	35,0	19,6	15,7	-6,8*
	Secondaire	30,7	26,9	15,6	4,6	-4,8
Bousculé intentionnellement	Primaire	28,8	26,8	7,6	7,2	-2,4
	Secondaire	18,4	16,8	5,2	5,2	-1,5
Cible commérages, éloigné amis	Primaire	28,9	26,5	9,6	8,1	-3,9
	Secondaire	24,2	21,3	8,2	7,8	-3,3
Frappé (coups)	Primaire	22,6	19,7	4,7	4,3	-3,3
	Secondaire	7,6	7,0	2,4	2,3	-0,7
Vol objet personnel	Primaire	20,5	18,0	2,5	2,4	-2,6
	Secondaire	15,6	12,7	2,5	2,1	-3,3
Traité de pédale ou gouine	Primaire	20,9	16,5	6,7	4,6	-6,5*
	Secondaire	11,5	10,0	5,7	5,5	-1,7
Menacé chemin-école (piéton)	Primaire	11,0	7,4	2,7	1,5	-4,8*
	Secondaire	3,7	2,3	1,3	0,9	-1,8*
Humiliations, rumeurs/Internet	Primaire	6,6	4,3	1,1	1,0	-2,4
	Secondaire	7,4	5,8	2,0	1,7	-2,0
Agressé et blessé gravement	Primaire	5,6	4,5	0,8	0,9	-1,0
	Secondaire	1,2	1,0	0,8	0,8	-0,2

* Diminution significative (seuil alpha plus petit que 0,05) des pourcentages pour un comportement donné.

Source : *Portrait de la violence dans les établissements d'enseignement du Québec : Changements entre 2013 et 2015* [11].

Les résultats indiquent peu de changements entre 2013 et 2015 sur l'ensemble des dimensions observées dans les deux ordres d'enseignement (primaire et secondaire). Les seuls changements significatifs qui sont observés concernent le niveau primaire et les manifestations suivantes : 1) insulté ou traité de noms (-6,8 %); 2) traité de pédale ou gouine (-6,5 %); 3) menacé sur le chemin de l'école (piéton) (-4,8 %). Même si ces fluctuations sont en général de faible ampleur, elles n'en demeurent pas moins encourageantes compte tenu du fait que ces baisses se sont produites en deux ans seulement, et concernent des catégories d'agressions subies parmi les plus souvent rapportées.

Le tableau 1 présente également les pourcentages d'élèves ayant subi des cyberagressions (humiliation, rumeurs/Internet). L'absence d'augmentation des agressions sur le Web mérite d'être soulignée, d'autant plus que l'enquête révèle qu'une proportion significativement plus grande de jeunes du primaire et du secondaire (ou un membre de la famille) déclarait posséder un appareil électronique en 2015 (75,7 % et 87,9 % pour les élèves du primaire et du secondaire). Il convient également de souligner qu'à l'exception du cas de l'utilisation d'Internet à l'école pour les élèves du primaire, une très large proportion de jeunes navigue dans le cyberspace sans la surveillance des parents (plus de 75 %) ou des adultes de l'école secondaire (plus de 50 % en 2015). Toutefois, des analyses corrélationnelles indiquent que certaines formes de violence en milieu scolaire, notamment les insultes, les humiliations, les violences à caractère sexiste, les coups et les bousculades, sont associées au fait de subir également des cyberagressions.

■ Climat scolaire et cyberviolence

Il est démontré qu'un climat scolaire négatif peut être lié à des frustrations, des difficultés scolaires, des violences à l'école [32], mais aussi à des relations agressives en ligne [15,33]. Bien que le détail de ces relations causales entre ces phénomènes reste clairement à établir, il apparaît essentiel pour les milieux scolaires de travailler non seulement en matière de prévention de la cyberviolence (encadrement/surveillance du matériel informatique, enseignement des bonnes pratiques sur Internet auprès des élèves, conseils et soutien aux parents, etc.), mais aussi de poursuivre les efforts quant à l'amélioration du climat des établissements scolaires et à la prévention de la violence traditionnelle. C'est l'environnement socio-éducatif dans son ensemble qu'il faut cibler.

Bien que l'ensemble des résultats présentés au tableau 1 apparaît en soi encourageant, cela ne doit pas nous faire perdre de vue que les pourcentages d'élèves ayant subi certaines agressions demeurent très élevés. Par exemple, en 2015, 35 % des jeunes du primaire rapportent avoir été insultés ou s'être fait traiter de tous les noms une ou deux fois dans le courant de l'année, alors que 15,7 % rapportent l'avoir été deux à trois fois par mois, sinon plus.

Des différences selon l'âge

Malgré qu'il soit difficile d'établir de fines comparaisons entre les enquêtes en raison de différences méthodologiques, les résultats obtenus par la Chaire de recherche sur la sécurité et la violence en milieu éducatif (CRSVME) [11] et l'EVEQ [25,26] mettent en lumière qu'à l'exception des rumeurs et des humiliations via Internet, les élèves du primaire rapportent avoir subi des agressions de la part de leurs pairs dans une plus grande proportion que les élèves du secondaire. La CRSVME, l'EVEQ et l'EQSJS montrent également que la violence subie par les pairs touche plus d'élèves au début du secondaire. Ces deux tendances en fonction de l'âge ont été constatées depuis longtemps dans de très nombreuses études et recensions. Plusieurs facteurs, agissant de façon combinée, peuvent expliquer que les plus vieux du secondaire rapportent subir moins de violence à l'école que les plus jeunes :

- Le développement de leur maturité psychoaffective et comportementale (consolidation des mécanismes d'autorégulation émotionnelle, intériorisation accrue de règles externes déterminant la régulation et les conséquences des actes violents commis, etc.);
- Leur position « dominante » au sein de l'école (comme pour les élèves de la 6^e année du primaire);
- L'absence, à la fin du secondaire, en raison du décrochage scolaire, d'un certain nombre d'individus qui manifestaient des problèmes d'adaptation psychosociale importants susceptibles de leur faire vivre des situations de violence, tant comme agresseurs que comme victimes.

Il est à noter que ces facteurs semblent s'exprimer sensiblement de la même façon chez les garçons que chez les filles [34]. La question des différences de genre nous apparaît d'ailleurs beaucoup plus subtile qu'il puisse en paraître de prime abord. Si certains comportements peuvent jouer un rôle important dans le développement de l'identité sexuelle, c'est l'ensemble du processus de socialisation – dont les caractéristiques de l'environnement socio-éducatif – qu'il faut néanmoins prendre en compte.

Les différences selon le genre

Des méta-analyses de la littérature internationale indiquent qu'en moyenne les garçons manifestent davantage de comportements agressifs directs que les filles [35,36]. En outre, cette différence est plus prononcée pour les agressions physiques que pour les agressions verbales. En revanche, en ce qui concerne les agressions indirectes (dont certaines sont de nature sociale et relationnelle – voir la figure 1), une analyse systématique des résultats empiriques montre que l'écart moyen entre les filles et les garçons s'avère négligeable² [36–38]. Les résultats concernant la victimisation sont proches de ceux portant sur l'agression. De manière convergente, les filles subissent en moyenne moins de victimisation directe que les garçons, sauf sur le plan des agressions sexuelles [39]. Le niveau de victimisation indirecte est, quant à lui, très similaire entre les filles et les garçons [40,41]. En somme, un large éventail de résultats empiriques se rejoignent pour indiquer qu'aucune forme d'agression ou de victimisation n'est spécifique à l'un des deux genres, et que les liens entre ces phénomènes et les difficultés psychosociales semblent globalement les mêmes, tant chez les filles que chez les garçons.

Dans le même ordre d'idées, les études portant plus spécifiquement sur les violences en milieu scolaire aboutissent généralement à des résultats fort semblables, c'est-à-dire une implication moyenne plus importante des garçons, à la fois comme auteurs et comme victimes, ainsi qu'une absence de différence pour certains comportements [42–44].

Les résultats de l'enquête de 2013 et de celle de 2015 rejoignent la tendance qui se dégage des études sur l'agression en général [35] : les filles et les garçons sont auteurs et victimes de toutes les formes de harcèlement, les garçons étant un peu plus souvent impliqués comme auteurs de faits de harcèlement, mais ils ne se distinguent pas des filles du point de vue de l'implication comme victimes.

² Il faut noter que certains chercheurs avancent que le jugement porté sur une situation d'agression serait biaisé par les schémas de genre (attentes, stéréotypes) en défaveur des garçons, ce qui pourrait entraîner une surestimation des différences.

Encadré 1 – Une réalité préoccupante : les mauvais traitements subis par les élèves de la part des adultes de l'école

Les deux enquêtes menées par la CRSVME de l'Université Laval en 2013 et en 2015 ont également mis en évidence un phénomène préoccupant que l'EVEQ avait révélé au début des années 2000, à savoir les mauvais traitements que les élèves ont subis de la part d'adultes de l'école. Les enquêtes de 2013 et de 2015 présentent des chiffres sensiblement comparables de ce phénomène. Globalement, les élèves du secondaire rapportent dans une proportion plus élevée avoir été victimes de mauvais traitements* de la part d'un adulte de l'école (environ 60 % de l'ensemble des actes de ce type rapportés, par rapport à 40 % pour les élèves du primaire). Même si le pourcentage d'élèves qui rapportent avoir subi de telles agressions souvent ou très souvent est très faible (entre 0,15 % et 2,35 % en fonction des différentes catégories), le phénomène de mauvais traitements que subissent les élèves ne saurait être gardé sous silence, d'autant plus qu'ils se produisent dans un milieu éducatif dont une des missions principales concerne justement la socialisation, ainsi que la sécurité et le bien-être physique et psychologique des élèves. L'influence et le rôle de modèle que jouent les adultes à l'école sont considérables. La relative importance de ces résultats mérite d'être soulignée. Ces résultats font également écho aux résultats obtenus par l'EVEQ une quinzaine d'années plus tôt. En effet, cette enquête avait révélé que 16 % des élèves du primaire et 29 % du secondaire auraient été ridiculisés ou insultés par un adulte de l'école au moins une fois pendant l'année, alors que près de 9 % des répondants au primaire et 7 % au secondaire rapportaient avoir subi au moins une agression physique intentionnelle de la part d'un adulte à l'école. Il convient de préciser que les catégories « Ignoré-e lorsque ridiculisé-e/insulté-e » et « Ignoré-e lorsque menacé-e/battu-e » ne figuraient pas dans les catégories proposées par le questionnaire de l'EVEQ, ce qui rend la comparaison des taux globaux avec ceux de l'enquête de la CRSVME plutôt hasardeuse. Toutefois, on peut affirmer sans trop se tromper que l'enquête de la CRSVME a permis de préciser les multiples facettes des mauvais traitements que certains élèves rapportent avoir subis de la part d'un adulte de l'école.

* 1) Regards méprisants; 2) cris/sacres; 3) ignoré-e lorsque ridiculisé-e/insulté-e; 4) humilié-e verbalement; 5) ignoré-e lorsque menacé-e/battu-e; 6) bousculé-e intentionnellement; 7) frappé-e/coups; et 8) gestes/mots à connotation sexuelle.

Les facteurs de risque et de protection associés à la violence en contexte scolaire

Devant la multitude de facteurs de risque et de protection associés à l'émergence et au maintien des conduites violentes à l'école, que relève la littérature scientifique actuelle, il s'avère éclairant de comprendre les processus dans et par lesquels ces facteurs agissent. En effet, il importe de bien comprendre comment les problèmes de comportement découlent généralement de processus développementaux enracinés dans les caractéristiques des individus, elles-mêmes en interaction tout d'abord avec le milieu familial, puis structurés au contact des autres environnements éducatifs, dont les services de garde et l'école [34]. Ce n'est qu'en considérant comment ces processus affectent la qualité de la socialisation et le bien-être des jeunes qu'il est possible d'identifier les meilleurs moyens de prévenir et de réduire les comportements violents.

Pour bien comprendre comment certains comportements d'agression directe et indirecte se développent et se maintiennent durant l'enfance, notamment en milieu scolaire, il convient de bien connaître un certain nombre de mécanismes qui jouent tout au long du processus de socialisation et qui contribuent au développement de trajectoires de conduite de plus en plus adaptées et intégrant les règles sociales (compétences sociales) ou, au contraire, menant à des conduites inadaptées, notamment sur le plan de l'agression. Ce sont les mêmes mécanismes qui agissent également dans le développement de problèmes d'adaptation lors des situations de victimisation. En effet, il est plus important de comprendre les processus et les mécanismes dans lesquels les comportements s'insèrent, car c'est à ce niveau que l'action éducative – tant celui des parents que celui de l'école (ainsi que les autres adultes significatifs) – peut faire toute la différence. Finalement, ces mécanismes et ces processus s'actualisent, à l'intérieur d'un environnement socio-éducatif qui contribue soit à leur renforcement, soit à leur dysfonctionnement. C'est donc un regard d'ensemble que nous proposons à la fin de la présente section, regard qui devrait permettre de cibler un certain nombre d'actions de nature préventive et éducative à mettre en œuvre à l'école.

Les recherches des 50 dernières années ont démontré que le bien-être psychologique d'un individu, sa capacité d'adaptation et sa résilience devant l'adversité ne dépendent pas d'un ou de deux facteurs, aussi importants soient-ils. En effet, dans l'analyse de la socialisation et de l'émergence des comportements d'agression directe et indirecte, les facteurs d'influence (de risque ou de protection) constituent des indicateurs du potentiel de développement des individus plutôt que des éléments diagnostics ou prédictifs définitifs.

Parmi ces influences comptent les facteurs individuels, soit un ensemble de caractéristiques propres à chaque individu, tels que l'agressivité, le fonctionnement du système nerveux central, le tempérament durant la petite enfance, les troubles du langage et le quotient intellectuel. Un bref survol des facteurs de l'environnement familial met en lumière l'importance de la disponibilité, de la sensibilité et de la capacité à répondre au besoin de l'enfant chez le parent, de même qu'à l'inconstance du soutien offert, au style disciplinaire autoritaire, à la précarité socio-économique et à la maltraitance. Finalement, un survol des facteurs d'influence de l'environnement scolaire permet de mettre en valeur la perception du climat scolaire, l'exposition à la violence, la relation avec les enseignants, la relation avec les pairs et les difficultés scolaires [34].

■ Les liens transactionnels (processus épigénétique) entre les gènes et l'environnement dans l'expression des conduites agressives

L'étude de la relation entre les comportements antisociaux, le bagage génétique et les caractéristiques du milieu dans lequel se développe l'enfant peut être approchée dans une perspective quantitative de l'influence génétique sur le comportement. À cet effet, la littérature scientifique rapporte qu'entre 40 % et 60 % de la variance dans l'expression des conduites antisociales à l'adolescence serait associée à des facteurs génétiques (voir Vitaro, Brendgen et Lacourse [45]). Par exemple, une récente étude longitudinale de grande échelle menée par Kretschmer, Vitaro et Barker auprès de jumeaux s'attarde à l'influence de certaines caractéristiques génétiques sur l'adoption de conduites agressives à la suite de l'association avec des pairs présentant eux-mêmes un profil comportemental antisocial. Cette étude montre que la génétique joue un rôle modérateur dans la relation positive entre les amitiés antisociales à l'âge de 10 ans et l'expression d'agressivité à l'âge de 15 ans [46].

Une autre étude récente menée par Vitaro et son équipe s'intéresse à la relation entre les caractéristiques individuelles des enfants, les conflits vécus au sein de dyades d'amis et les conduites d'agression physique. Les chercheurs ont démontré que les conflits entre amis à la maternelle sont positivement et directement associés aux conduites agressives au début du primaire pour les garçons uniquement. Cependant, indépendamment du sexe et de la présence de marqueurs génétiques d'agressivité, les habiletés à la résolution prosociale démontrées à la maternelle et la qualité de la relation d'amitié mitigent cette relation [47]. En somme, si certains individus peuvent être considérés comme plus à risque de développer des conduites problématiques sur le plan social de par leur bagage génétique, les trajectoires développementales sont aussi grandement modulées par les contextes sociaux, ce qui vient souligner le rôle crucial de la qualité des milieux éducatifs dans l'émergence et le maintien des conduites agressives ainsi que dans leur prévention et leur réduction.

L'influence de ces différents facteurs sur le comportement s'actualise cependant au travers du développement de mécanismes d'autorégulation socioémotionnelle par lesquels l'individu pourra développer les ressources lui permettant de s'adapter adéquatement aux différentes situations présentant pour lui des défis ou des risques [34]. C'est la raison pour laquelle, dans le cadre de ce chapitre, nous nous concentrerons plutôt sur le rôle joué par certains des processus développementaux associés à la socialisation et au bien-être des jeunes pouvant nous guider vers des actions de nature préventive et éducative pour contrer la violence à l'école.

Encadré 2 – Le développement de l'autorégulation socioémotionnelle : une clé pour comprendre l'émergence ou l'absence des difficultés d'adaptation chez l'enfant

Comme nous venons de le souligner, c'est en considérant la plupart des facteurs de risque et de protection au sein des processus développementaux que leur influence devient plus facilement appréciable et compréhensible. Ces mécanismes complémentaires facilitent le contrôle des réactions agressives, et permettent la mise en œuvre de solutions comportementales plus adéquates. Les trois processus développementaux suivants sont également des processus sur lesquels l'action éducative a une prise.

- 1 La création de liens positifs avec l'environnement familial et social :** Nous savons que se tisse entre l'enfant et les adultes significatifs (les parents, puis éventuellement les enseignants) un lien d'attachement, sous forme de relation affective réciproque et dynamique qui sert de base au développement des interactions de l'enfant avec son univers social [48]. En effet, un environnement prévisible et rassurant serait généralement associé au développement d'un sentiment de confiance chez l'enfant, ainsi que d'une perception positive de sa capacité à intervenir sur le monde qui l'entoure. Les relations d'amitié forment également un contexte d'attachement pour l'enfant et l'adolescent, qui tissent avec leurs pairs des rapports plus ou moins positifs, égaux et soutenus [49-51]. À la garderie comme à l'école, la relation d'attachement avec le parent se transpose à d'autres adultes significatifs et s'actualise au travers de la relation éducateur-élève. Cette relation peut se caractériser de différentes façons : oppositionnelle, dépendante, affectueuse et chaleureuse [52].
- 2 Des pratiques éducatives structurantes :** On constate, entre autres, qu'un encadrement de style démocratique – à la maison comme à l'école – qui allie des attentes réalistes et une discipline cohérente au maintien d'un climat chaleureux et encourageant s'avère souvent supérieur à un encadrement de style autoritaire ou permissif et négligent [53,54]. Le contexte relationnel entre les pairs favoriserait également une décentration empathique et le développement d'habiletés cognitives et émotionnelles facilitant la prise en compte du point de vue et des sentiments des autres [55].
- 3 Des modèles positifs d'apprentissage social :** Comme le démontre Bandura dans son explication des mécanismes de l'apprentissage social, l'enfant tend à répéter les conduites qu'il perçoit comme positivement renforcées, même lorsqu'il ne s'agit que de gains à court terme, tout comme il tend à éviter les conduites qui n'offrent pas les retombées attendues. Il en développera des croyances à l'égard de l'efficacité de certaines stratégies comportementales (prosociales ou antisociales) et des attitudes à l'égard de ceux qu'il perçoit comme pouvant l'aider ou lui nuire dans l'atteinte de ses buts [56,57]. À l'adolescence, les pairs constituent des modèles de conduite particulièrement importants et leur influence peut signifier l'adoption de comportements en opposition avec les balises transmises par les adultes [58]. Il n'en demeure pas moins que la qualité des relations sociales avec les adultes de l'école, ainsi qu'avec les pairs, constitue la base du sentiment d'appartenance à l'égard du milieu éducatif, qui affectera à son tour la motivation scolaire, au travers notamment de la perception de l'école comme milieu de vie sécuritaire et offrant du soutien [59].

L'expression des processus développementaux dans l'émergence des conduites agressives et de la victimisation

L'expression de conduites agressives et l'aggravation de problèmes associés à la victimisation sont toutes deux intimement liées à la construction des mécanismes d'autorégulation socioémotionnelle sous l'influence des facteurs de risque et de protection prépondérants. Dans de saines conditions, le niveau d'agressivité exprimée par les enfants à l'âge de deux à trois ans devrait être supérieur à celui exprimé à la fin de la période préscolaire [60]. Ce phénomène s'expliquerait par le processus de socialisation, l'encadrement offert par les parents et les éducateurs pour soutenir la structuration des mécanismes d'autorégulation socioémotionnelle et la disponibilité des modèles de conduite prosociale. Or, le développement d'un lien d'attachement non sécurisant entre l'enfant et l'adulte significatif conduirait souvent à l'adoption par l'enfant de modes opératoires inadaptés, facilitant au contraire l'accroissement des problèmes comportementaux (dont les réactions agressives à la perception des intentions d'autrui comme hostiles) et de problèmes de santé mentale (dont les troubles anxieux).

Les stratégies coercitives et punitives modélisées par les adultes peuvent également encourager les modes d'interaction réactifs et peu orientés vers la recherche d'une résolution gagnant-gagnant chez l'enfant [61]. Lorsque cet enfant tentera d'entrer en relation avec ses pairs, il risque de se trouver rapidement mis à l'écart par ses camarades mieux équipés sur le plan des habiletés sociales [62]. Ainsi, des pratiques éducatives faisant peu pour encourager les résolutions prosociales, même si elles découragent les conduites agressives directes, contribuent ultimement à promouvoir l'adoption par l'enfant de modes opératoires coercitifs.

Parallèlement, on doit considérer la tendance chez les adolescents à s'associer avec des pairs partageant un profil comportemental similaire au leur en ce qui a trait à l'adoption de conduites agressives ou à la victimisation subie [63]. Cette tendance peut contribuer à l'aggravation des difficultés comportementales, entre autres par le partage de normes et de croyances concernant l'acceptabilité de différentes conduites d'intimidation et leur contexte d'utilisation [64].

Les mécanismes de l'apprentissage social permettent ici de mieux comprendre comment se développent et se maintiennent les conduites d'intimidation en milieu scolaire. En effet, ces conduites se trouveraient souvent doublement renforcées, par la présence de retombées positives pour l'auteur au sein de son groupe social, et par l'absence d'intervention du milieu éducatif à la suite de l'expression des premières manifestations. L'auteur des agressions, renforcé dans son sentiment d'efficacité, aura alors tendance à agir avec plus d'assurance [65]. Or, ses conduites déviantes deviennent des modèles positifs pour l'entourage des pairs qui non seulement peuvent les apprendre par observation, mais également en conclure qu'ils sont adaptés et avantageux de les exprimer. Finalement, l'élève ciblé aura plutôt tendance à se replier sur lui-même, sous le poids des gestes subis et surtout de l'inaction de ceux, élèves comme adultes, qui pourraient l'aider [66]. En somme, si l'environnement socio-éducatif de l'école ne réagit pas promptement pour sanctionner et proposer des solutions positives aux conduites d'intimidation, celles-ci auront tendance à se reproduire et à teinter les interactions quotidiennes des élèves impliqués. Bien qu'il existe des interventions pour briser de tels cercles vicieux, il vaut toujours mieux chercher à les prévenir.

Trajectoires développementales, conséquences et risques associés à la violence et à l'intimidation à l'école

L'étude des relations d'intimidation s'est traditionnellement attardée davantage à la dyade formée par l'auteur et sa victime. Plus récemment, elle a porté un regard sur les élèves à la fois victimes et auteurs, ainsi que sur les témoins d'incidents. Cependant, quel que soit leur rôle ou statut, il est important de reconnaître que tous les élèves impliqués sont à risque de développer des problèmes d'adaptation sociale et de compromettre certains aspects de leur développement socioémotionnel, si les problèmes vécus tendent à persister.

Certains élèves rapportent être la cible de mauvais traitements récurrents de la part de leurs pairs sans toutefois en perpétrer à leur tour. On reconnaît notamment que les jeunes présentant des situations de handicaps, de même que ceux faisant partie de minorités sexuelles ou de minorités ethniques, sont plus susceptibles d'être victimisés à l'adolescence [67–69]. De nombreuses recherches montrent que la victimisation par les pairs est source d'une grande détresse psychologique pouvant affecter négativement le bien-être de l'individu, sa réussite scolaire et sa capacité d'adaptation ultérieure [70,71]. L'élève victimisé est plus souvent isolé, exclu et rejeté par ses pairs que les élèves non impliqués. Cependant, il demeure difficile de déterminer dans quelle mesure l'isolement de la victime précède et facilite l'intensification des incidents ou découle des mauvais traitements subis [72]. L'élève victime d'intimidation durant sa scolarisation sera ultimement plus à risque de connaître des problèmes d'intégration sociale dans son milieu de travail et d'être victimisé dans ses relations amoureuses à l'adolescence et à l'âge adulte [73,74]. La persistance des symptômes à l'âge adulte serait toutefois modérée de façon importante par le soutien reçu durant l'adolescence [75]. Malheureusement, les jeunes confrontés à la victimisation par les pairs à l'école sont encore trop nombreux à préférer ne pas rechercher l'aide de leurs parents ou de leurs enseignants, souvent en raison de la honte ressentie ou parce qu'ils craignent que l'intervention d'un adulte ne complique davantage leur situation [76].

À l'opposé, certains élèves utilisent de façon récurrente des modes opératoires agressifs tout en évitant d'être victimisés à leur tour. En vieillissant, l'élève qui est auteur de conduites d'intimidation a tendance à démontrer peu d'intérêt pour le bien-être de ceux qui sont lésés par ses actions lorsqu'il cherche à améliorer ou à solidifier son positionnement social [77]. Ce dernier semble également habile à cibler des élèves qui pourront difficilement se défendre et à inhiber ses comportements agressifs lorsque le contexte ne lui est pas favorable, ce qui le rend difficile à prendre sur le fait [65]. Il a été rapporté que l'élève qui intimide fréquemment est lui-même plus susceptible de présenter certaines manifestations de mal-être (solitude, dépression, désintérêt pour l'école, consommation excessive d'alcool ou de drogues) que les élèves non impliqués. Cependant, il n'est pas clair dans quelle mesure celles-ci constituent des conséquences directes de ses rapports avec autrui ou sont liées à des conditions préexistantes, telles des difficultés familiales [115]. Finalement, plusieurs études indiquent que l'élève auteur d'actes d'intimidation en contexte scolaire a tendance à conserver ce mode d'action à long terme et à utiliser ces stratégies dans ses interactions en ligne, dans ses relations amoureuses à l'adolescence, et plus tard à les transposer dans son milieu de travail [74,78].

Le fait d'être identifié comme étant fréquemment la cible et l'auteur de conduites d'intimidation est associé à un portrait important de conditions adverses et de problèmes comportementaux internalisés (ex. : dépression, anxiété) et externalisés (ex. : agression, hyperactivité) [79]. Contrairement au jeune uniquement auteur d'actes d'intimidation, cet élève démontre souvent plus de difficulté à inhiber ses comportements agressifs lorsqu'il se sent provoqué, ainsi que plus de difficultés sur le plan de la réussite scolaire, ce qui nuit grandement à son intégration en milieu scolaire [80]. En somme, l'élève qui est fréquemment victime de ses pairs et qui intimide fréquemment à son tour compile les risques et les difficultés associés à ces deux profils. Cependant, celui-ci rapporte plus souvent provenir d'un milieu familial touché par la violence, et recevoir peu de soutien de ses pairs et des adultes de l'école, ce qui peut contribuer au fait que l'auteur-victime demeure souvent impliqué dans des relations d'intimidation sur de plus longues périodes [81,82].

Puisque les incidents d'intimidation se déroulent rarement en secret, certains élèves se trouvent marginalement impliqués sans toutefois être auteurs ou victimes. La plupart d'entre eux assistent à l'agression sans intervenir, et leur passivité permet difficilement d'estimer leur disposition à l'égard de la victime ou de l'auteur des gestes [83]. Les impacts de l'exposition directe aux dynamiques d'intimidation en milieu scolaire sont complexes. En effet, celle-ci aurait été associée à la fois à des sentiments négatifs (ex. : peur, dérangement dans les activités scolaires) et à des expériences plaisantes (ex. : humour, sentiment de faire partie du groupe) chez les jeunes témoins [84,85]. Dans une perspective d'autorégulation comportementale, des chercheurs rapportent un processus de désensibilisation et de désinhibition qui faciliterait la banalisation des conduites d'intimidation par les élèves y étant souvent exposés [86,87]. De ce fait, certains jeunes semblent disposés à encourager ou à aider l'instigateur d'un incident d'intimidation [83].

À l'inverse, d'autres jeunes ont tendance à prendre la défense d'élèves victimisés en tentant de leur apporter leur soutien ou en mettant fin à un incident [83]. Ces jeunes démontrent généralement de bonnes habiletés sociales associées à un fort sentiment d'efficacité dans l'usage de stratégies prosociales, ainsi qu'une réputation positive auprès de leurs pairs leur permettant de parvenir à leurs fins sans voir l'auteur de l'incident d'intimidation se retourner contre eux lorsqu'ils choisissent d'intervenir [88]. Contrairement à la popularité des jeunes qui intimident sans toutefois être victimisés, qui s'avère souvent liée au maintien d'un statut social enviable, la popularité de ceux qui portent assistance aux autres découlerait davantage de leur amabilité et de l'appréciation que leur portent leurs pairs [89].

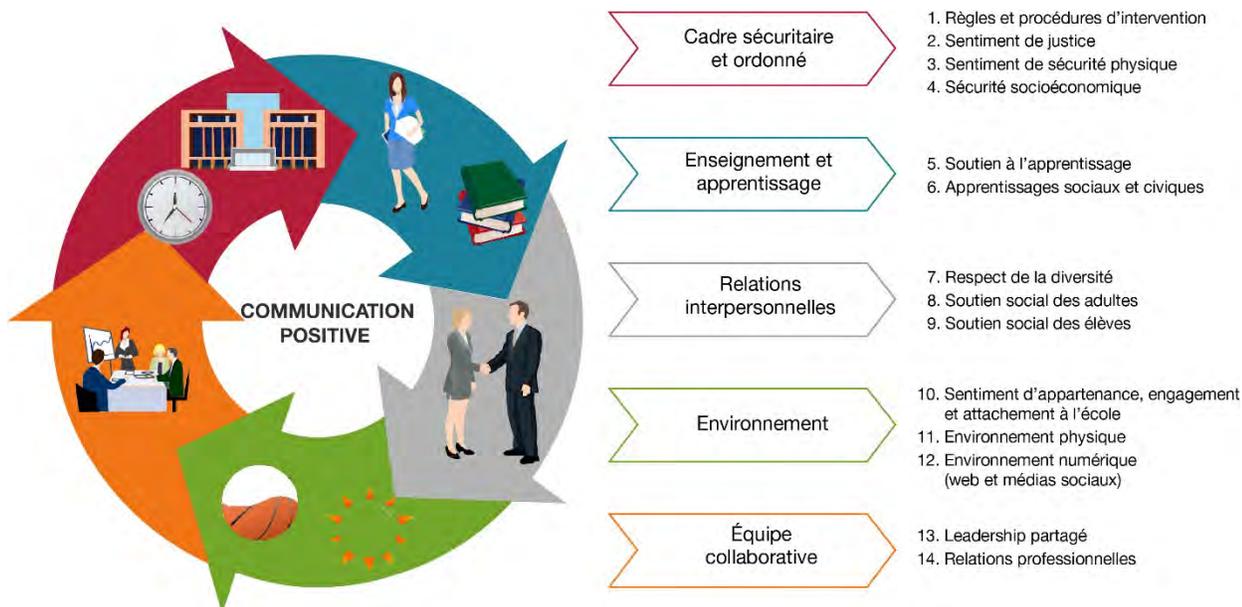
Finalement, les adultes de l'école comptent aussi souvent parmi les témoins de la victimisation vécue à l'école. Si certains considèrent encore l'intimidation comme un aspect normal de la vie sociale, la plupart des enseignants se disent sensibles aux conséquences qui s'y rattachent [90]. Toutefois, plusieurs ne parviennent pas à reconnaître la gravité des incidents dont ils sont témoins ou se sentent insuffisamment formés pour intervenir, ce qui contribuerait à expliquer pourquoi ils connaissent de la difficulté à mettre fin aux dynamiques de violence à l'école [91]. Tout comme les élèves, les membres du personnel scolaire sont affectés par les incidents d'intimidation dont ils sont témoins et peuvent développer des sentiments de culpabilité, d'impuissance et de peur à l'égard des élèves qui intimident [92].

Le rôle du milieu scolaire dans l'émergence et le maintien des conduites agressives et de la victimisation

Comme nous l'avons mentionné, les différentes trajectoires développementales associées aux mécanismes de l'autorégulation socioémotionnelle sont tributaires de la qualité des ressources éducatives, relationnelles et humaines disponibles. À cet égard, bien qu'il existe une continuité sur le plan des conduites exprimées entre les différents milieux de vie (famille, école, communauté, etc.), la prévalence de violence et d'intimidation dans un environnement scolaire sera également influencée par les conditions du milieu immédiat [93]. C'est la raison pour laquelle la compréhension des facteurs d'influence et des mécanismes menant à l'émergence et au maintien de l'agression, de même que des efforts à mettre en place pour en assurer la réduction et la prévention, doit nécessairement se concevoir à l'intérieur d'une vision écologique.

Cohen [94] et ses collaborateurs [95] ont développé un modèle qui permet de prendre en compte les différentes caractéristiques de l'environnement scolaire. Le modèle comporte 14 composantes regroupées à l'intérieur de cinq dimensions distinctes, mais interdépendantes : 1) le cadre sécuritaire et ordonné du milieu éducatif; 2) les conditions d'enseignement et d'apprentissage; 3) la qualité des relations interpersonnelles (entre les adultes et les élèves, entre les élèves et entre les adultes); 4) la qualité de l'environnement physique et social et le degré d'attachement à l'égard de ce dernier (sentiment d'appartenance); 5) la qualité de l'équipe collaborative. La figure 2 présente une vision schématique du modèle de Cohen, adaptée par Beaumont et ses collaborateurs [14].

Figure 2 Les 14 composantes du climat scolaire



Adaptation des travaux de l'équipe CSVI du MEES, de Cohen du NSCC et de la Chaire de recherche Violence et Intimidation à l'école par Éric Morissette.

C'est à partir des cinq dimensions mentionnées que s'organise la mise en œuvre de mesures préventives et d'intervention visant à contrer les manifestations de violence en milieu scolaire. Par exemple, la première dimension (cadre sécuritaire et ordonné du milieu éducatif) fait directement référence aux conditions d'encadrement et d'application des règlements et du code de vie de l'école. Elle concerne également toute procédure visant à intervenir en situation de crise pour réduire rapidement les conséquences négatives de tels événements. La deuxième dimension (conditions d'enseignement et d'apprentissage) fait directement référence aux programmes pouvant être mis en œuvre pour réduire ou prévenir les comportements agressifs (ex. : un programme visant le développement des apprentissages socioémotionnels). Ainsi, il n'est pas surprenant que le climat scolaire ait été identifié comme un élément crucial de la compréhension des manifestations de violence et des dynamiques d'intimidation à l'école [96,97].

Bien qu'il existe d'autres modèles intégrant un ensemble de dimensions pour mener des actions de prévention [98,99], tous ont misé sur une vision d'ensemble du phénomène de la violence en milieu scolaire à travers des éléments spécifiques qui caractérisent ce milieu. Cette vision écologique nous permet de concevoir la prévention et l'intervention dans le cadre d'une série d'actions concertées et complémentaires agissant sur différentes dimensions et sujettes à l'évaluation.

La prévention et la réduction de la violence dans les écoles : pour une meilleure intégration des mesures globales et spécifiques

Les résultats des dernières enquêtes québécoises concernant la violence au primaire et au secondaire présentés précédemment suggèrent que les milieux scolaires sont sur la bonne voie. Toutefois, ces enquêtes révèlent également qu'il reste encore beaucoup de choses à faire pour mettre en place des actions efficaces et pérennes, qui permettront d'accroître la qualité du climat scolaire et d'assurer la maîtrise, par le plus grand nombre d'adultes, des meilleures pratiques de prévention et de réduction de la violence. Cette section présente les orientations, les objectifs et les moyens à mettre en place pour y parvenir. Il convient également de souligner qu'il s'agit d'une préoccupation partagée et clairement affichée par l'ensemble de la société québécoise, incluant les orientations gouvernementales du réseau de l'éducation et du réseau de la santé et des services sociaux.

Une prise de conscience et des actions concrètes des pouvoirs publics au Québec durant les années 2000

Depuis près de 10 ans, les grands principes pour lutter contre la violence et l'intimidation en milieu scolaire ainsi que des mesures précises ont été énoncés et mis en œuvre par le gouvernement du Québec. Outre les premières enquêtes de terrain que nous avons citées précédemment, de nombreuses recherches québécoises, menées au cours des 30 dernières années au sein notamment de regroupements universitaires (Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant (GRIP), Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire (CRIRES)), ont également contribué à mieux faire comprendre le phénomène de la violence en milieu scolaire au tournant des années 2000. Un premier geste précis en ce sens fut le rapport du Vérificateur général sur la violence dans les écoles secondaires et les moyens de la prévenir [100]. Ce rapport posait un constat critique à l'égard des ressources disponibles pour prévenir ou réduire les manifestations de violence dans les écoles secondaires, tout en soulignant une vision étroite et non concertée de l'ensemble du monde de l'éducation pour y remédier. Le gouvernement du Québec a pris acte de ce constat et publia en 2008 le premier Plan d'action pour prévenir et traiter la violence à l'école 2008-2011 [101]. Ce plan définissait une série de principes d'actions qui seront en grande partie repris dans le projet de loi 56³, quatre ans plus tard (voir plus loin). Ces principes se sont trouvés réaffirmés par le Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation 2015-2018 - Ensemble contre l'intimidation, une responsabilité partagée [102] visant non seulement à contrer la violence en milieu scolaire, mais également celle dont sont victimes d'autres personnes vulnérables comme les aînés. S'appuyant également sur les résultats de la recherche, ce plan de lutte à l'intimidation rappelle que les actions à mettre en place pour lutter contre la violence, quels que soient les milieux de vie, reposent sur les principes suivants : a) une responsabilité partagée de tous les acteurs de ce milieu; b) une approche inclusive à travers notamment la mise en place d'actions pour l'ensemble des clientèles de ce milieu; c) une approche positive et éducative; d) une approche multifactorielle et interdisciplinaire; e) des interventions complémentaires aux actions gouvernementales existantes.

Pour sa part, le plan d'action a également mené à la création d'agents de soutien régional, en appui aux commissions scolaires (*groupe-relais*) directement rattaché au ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Le rôle et les actions de ce groupe se sont trouvés renforcés au cours des dernières années, grâce notamment à la nécessité de mettre en œuvre les prescriptions du projet de loi 56 et d'offrir aux commissions scolaires une expertise de premier ordre en ce domaine. L'adoption de ce projet de loi – et son inclusion dans la loi-cadre sur l'instruction publique – a constitué un tournant majeur pour les milieux scolaires québécois. Cet aboutissement marquait un point d'orgue dans la mobilisation des milieux politiques autour

³ Projet de loi no 56 : Loi visant à prévenir et à combattre l'intimidation et la violence à l'école (Gouvernement du Québec, 2012). En ligne : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2012C19F.PDF>

de la question de la violence et de l'intimidation en milieu scolaire. Certains événements, relatés par les médias à cette époque, ont sans aucun doute contribué à accélérer l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre de cette loi. Ce cadre législatif est venu formaliser toute une série de prescriptions et d'obligations que les commissions scolaires et les écoles se devaient de mettre en place rapidement : 1) l'établissement d'un portrait de situation de la violence et de la victimisation dans chacune des institutions d'enseignement du primaire et du secondaire; 2) un inventaire des ressources éducatives (écoles et commissions scolaires) disponibles et mobilisables, destinées à prévenir et contrer la violence; 3) l'établissement d'un plan de lutte pour chaque école.

Une des retombées indirectes – mais très importante – de la mise en œuvre de la loi et de la mobilisation des milieux scolaires qui s'en suivit fut la création, par l'Université Laval (Faculté des sciences de l'éducation), de la Chaire de recherche sur la sécurité et la violence en milieu éducatif (CRSVME). En plus de la poursuite de projets de recherches scientifiques, ainsi que le développement de moyens de prévention et de réduction de la violence, cette Chaire, créée en collaboration avec les partenaires des milieux scolaires dont le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, s'est également donné comme mandat d'appuyer les praticiens de l'éducation à travers de nombreuses activités de formation et un vaste réseau de diffusion. En lien direct avec les exigences de la loi, l'équipe de la Chaire a développé le Questionnaire sur la sécurité et la violence dans les écoles du Québec (QSVE) qui a permis de réaliser les deux plus importantes enquêtes à ce jour sur le phénomène de la violence dans les écoles primaires et secondaires du Québec. Outre l'exploration des impacts auprès des élèves des mesures mises en place par les écoles, le QSVE a permis également d'évaluer, dans une certaine mesure, la mise en œuvre des actions prescrites par la loi lors des incidents d'intimidation, ainsi que l'ampleur d'un certain nombre d'interventions axées sur la prévention universelle de la violence. Les données d'ensemble obtenues dressent un portrait plutôt partagé de la situation [11]. Le nombre d'activités visant les apprentissages socioémotionnels de base, plus directement associés à la socialisation et à la prévention universelle de la violence, semble fluctuer et apparaît, dans certains cas, avoir subi une certaine baisse entre 2013 et 2015. Ce dernier résultat vient souligner les importants défis qu'il reste à relever pour créer des milieux parfaitement sains et sécuritaires, bienveillants, et offrant dans leur projet éducatif les conditions permettant véritablement de soutenir la socialisation, une des trois grandes missions de l'éducation avec l'instruction et la qualification.

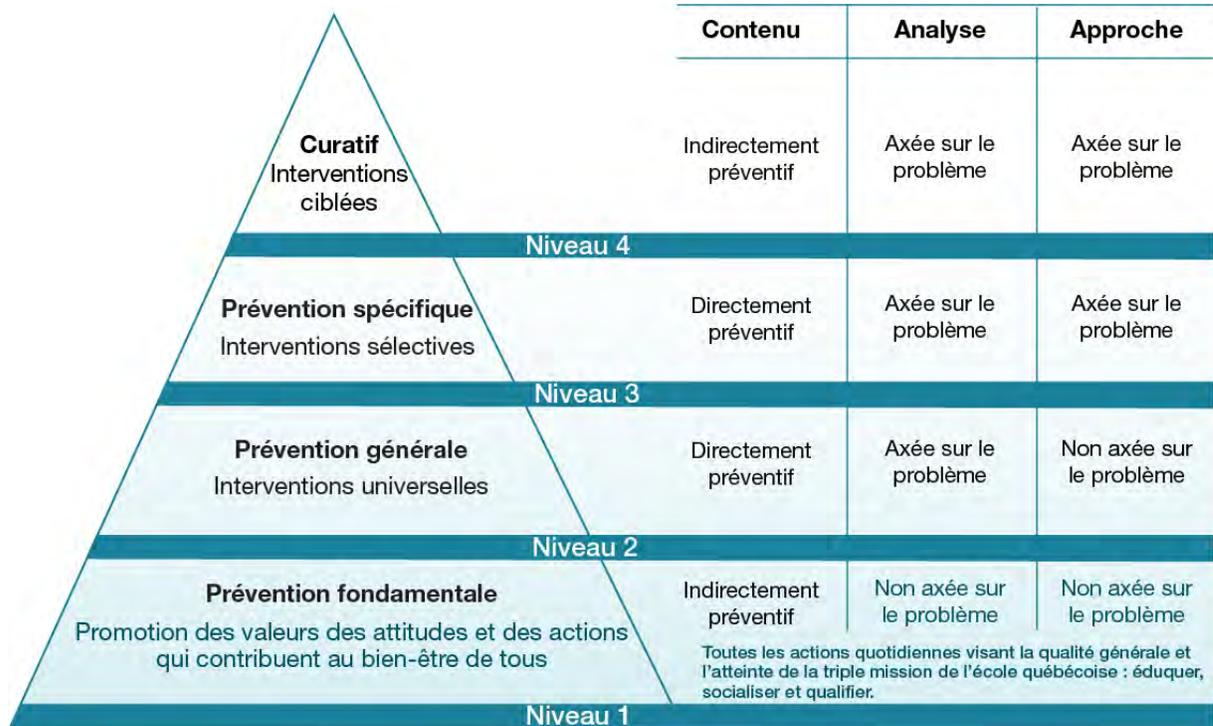
Ces défis, selon nous, touchent à quatre grandes dimensions en matière de contenus, de planification, d'organisation et de conditions de formation essentielles à l'efficacité des interventions, directes et indirectes, qui doivent être mises en œuvre. Ils constituent autant de pistes d'action qui attendent les milieux scolaires pour les prochaines années. Ces pistes s'inscrivent au sein des grandes orientations des plans d'action gouvernementaux de 2008 et de 2015, ainsi que des obligations définies par la loi. Elles constituent également une synthèse de nos travaux de recherche, menés en collaboration auprès des milieux scolaires [103], ainsi que ceux de la CRSVME, réalisés sous la direction de Claire Beaumont [104].

Première grande piste d'action : concevoir l'intervention en milieu scolaire à l'intérieur d'un modèle intégrateur ciblant tous les niveaux d'intervention et l'ensemble de l'environnement scolaire

Compte tenu de la diversité des manifestations et des problèmes associés à la violence en milieu scolaire, en matière de contenu, de gravité ainsi que de contexte associé, il est illusoire de penser qu'un seul type d'intervention peut répondre efficacement à une telle complexité. Il est essentiel que les interventions de prévention et de réduction de la violence soient organisées et structurées autour d'un véritable modèle intégrateur, comme présenté à la figure 3. Ce modèle permet d'inclure l'ensemble des interventions selon les visées éducatives ou la gravité des problèmes que l'on rencontre. Plusieurs recherches évaluatives ont démontré que ce type de stratégie représentait un gage d'efficacité optimum pour atteindre les objectifs de prévention et de réduction de la violence dans un milieu éducatif [95,103–107]. En effet, un modèle intégrateur permet d'intervenir de façon graduelle, passant de la prévention universelle aux mesures plus contraignantes, pour garantir la sécurité des élèves (figure 3). Cette vision intégratrice permet également de s'assurer que tous les services éducatifs offerts en milieu scolaire seront déployés, selon le type de clientèle et la gravité des problèmes rencontrés. Bien que la grande majorité des acteurs du monde de l'éducation

partage une telle vision, la présence et l'application d'un tel modèle intégrateur sont encore loin d'être généralisées. Après avoir implanté prioritairement un référentiel d'interventions et de suivi pour les cas graves d'intimidation et de violence [9], nous croyons qu'une des prochaines étapes pour de nombreux milieux scolaires serait de s'assurer que leur plan de lutte puisse se structurer selon l'ensemble des principes illustrés à la figure 3, entre autres, les niveaux 1 et 2, de façon intégrée avec le niveau 3, qui représente notamment les interventions en lien avec le référentiel ci-mentionné. En d'autres termes, un plan de lutte réellement et globalement efficace doit également mettre en place des mesures visant des apprentissages socioémotionnels pour tous les élèves, mais également des interventions en matière de prévention universelle de la violence.

Figure 3 Pyramide de prévention (Deklerck, 2009, tiré de Beaumont [104])



Le modèle intégrateur décrit à la figure 3 est bien connu par les gens du monde de l'éducation. Il représente en quelque sorte un continuum dans lequel les interventions suivent une progression, passant de l'ensemble de la population scolaire (promotion des apprentissages socioémotionnels (niveau 1), à des interventions de plus en plus ciblées et intensives, de nature explicitement préventive (niveaux 2 et 3), et ultimement curative (niveau 4)). Il est également à noter que les mêmes principes de base peuvent s'appliquer pour prévenir et réduire les problèmes d'apprentissage scolaire [108].

La promotion de relations sociales saines et la prévention de la violence en milieu scolaire sont également abordées par une approche globale de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire, qui mise sur le développement de compétences personnelles et sociales communes à plusieurs thématiques de santé (en continuité avec École en santé) [109].

Sans être la panacée, ce modèle permet d'avoir une vision globale et structurée des interventions tout en s'assurant que ces dernières répondent aux différentes situations et gravités de problème. Pour mettre en place une telle structure, il faut également s'appuyer sur une démarche de planification et de régulation des actions adéquates. Il s'agit de la deuxième grande piste d'action que nous vous présentons.

Deuxième grande piste d'action : accroître et consolider l'utilisation des ressources de planification, de même que la mise en œuvre et le suivi des plans de lutte

Le ministère de l'Éducation, à travers les travaux du groupe-relais, des commissions scolaires ainsi que de la Chaire de l'Université Laval, a produit de nombreux documents et outils pour soutenir les écoles dans l'élaboration des plans de lutte⁴. Ces outils et l'accompagnement offert aux milieux scolaires leur ont permis de structurer rapidement un plan de lutte respectant les prescriptions de la loi 56. Toutefois, force est de constater que de nombreux plans – ou du moins leur application – ne permettent pas de mettre en œuvre toutes les actions requises dans une perspective de prévention (voir la première piste d'action) en ce qui concerne la durée et l'intensité suffisante pour donner les résultats positifs attendus.

La CRSVME a produit, au cours des dernières années, des outils d'analyse et d'accompagnement pour les écoles ayant notamment participé à la grande enquête SEVEQ (2013-2015), dont *Un plan d'action global pour un climat scolaire positif* [104]. Ce document décrit plusieurs actions de planification, de suivi et d'analyse : 1) l'approche globale et positive en prévention de la violence à l'école; 2) des conditions favorables et clés d'action; 3) une pyramide de prévention pour répertorier et orienter les actions (en lien avec la seconde piste d'action); 4) une démarche structurée pour accompagner l'équipe-école; 5) une grille d'analyse et de planification; 6) un canevas de plan d'action annuel pour un climat positif à l'école. Présentée de façon schématique et détaillée, la démarche d'accompagnement proposée dans ce document, combinée à l'utilisation du QSVE, constitue une approche complète et intégrée adaptée aux besoins d'un milieu scolaire.

Parallèlement aux travaux de la Chaire, le groupe-relais, composé des agents de soutien régional et des coordonnateurs du ministère de l'Éducation, a produit le *Guide d'intervention pour soutenir le personnel scolaire pour lutter contre la violence et l'intimidation à l'école* (document de travail, non publié). Ce document contient également un certain nombre d'outils pour aider à l'élaboration du portrait de situation, mais également à structurer le plan de lutte en proposant notamment des moyens pour choisir adéquatement le type d'actions pouvant être mis en place. Ce travail d'élaboration du guide a été réalisé de concert avec le développement d'un *Modèle visant la mobilisation de l'ensemble du personnel pour prévenir et traiter la violence et l'intimidation* (document de travail, non publié). À l'instar des travaux de Beaumont [104], ce modèle propose une démarche structurée et concertée pour l'établissement d'un climat scolaire positif, bienveillant et sécuritaire. Il est le fruit de l'expérience acquise par les agents de soutien régional lors de l'accompagnement des commissions scolaires (ex. : les conseillers pédagogiques et les intervenants-pivots ayant la responsabilité du dossier violence et climat scolaire), depuis la mise en œuvre du premier plan d'action en 2008. Plus récemment, des membres de l'équipe du groupe-relais (St-Arnaud, Marquis, Sirois et Robitaille), en collaboration avec une équipe de l'Université de Montréal (Bowen, Levasseur et Morissette), ont élaboré un questionnaire destiné au personnel scolaire dont le but est d'évaluer le degré de mobilisation de l'école, à l'égard de la mise en œuvre du plan de lutte, ainsi que des conditions facilitantes à sa réalisation. Ce questionnaire a fait l'objet d'une première étude de validation durant l'année scolaire 2017-2018. Les résultats de cette recherche préliminaire démontrent, entre autres, la pertinence et la valeur heuristique des données générées par ce questionnaire, ainsi que du modèle de mobilisation sur lequel repose cette démarche d'accompagnement des milieux [110].

⁴ L'ensemble des ressources offertes par la Chaire de l'Université Laval se retrouve sur son site Web à l'adresse suivante : <https://www.violence-ecole.ulaval.ca>, sous la rubrique « Publications de la Chaire ». Concernant les documents en préparation ou disponibles par le Ministère, il est possible de communiquer avec Paula St-Arnaud (Paula.St-Arnaud@education.gouv.qc.ca) à ce sujet.

Troisième grande piste d'action : mettre en œuvre de façon systématique et pérenne des mesures de prévention universelles, et ciblées/indiquées de la violence dans les écoles

Les programmes de prévention universelle et ciblée/indiquée visent le développement chez les élèves des processus émotionnels (expression et reconnaissance des affects), incluant l'autorégulation des émotions, les habiletés sociales (communication, coopération, aide, partage, autocontrôle comportemental, etc.), la maîtrise de certains processus de régulation cognitive, et les étapes de la résolution de problèmes (ou conflits) interpersonnels (Domitrovich et collaborateurs, 2008, cité par Jones et Bouffard [105]). Plusieurs recherches évaluatives d'envergure menées au Québec au cours des 25 dernières années ont démontré l'efficacité de plusieurs de ces programmes ou approches. Il existe plusieurs programmes de prévention québécois de type universel ayant fait l'objet d'évaluations systématiques (ex. : *Contes sur moi*, *Fluppy*, *Vers le pacifique*, *Sac ado*, etc. – voir Boutin et Forget [111] pour la liste complète). Il convient de noter que ces programmes ont produit des résultats positifs en matière d'apprentissage social et de réduction de la violence, dont certains à long terme. Toutefois, il est très important de souligner – comme le font Boutin et Forget [111] – que pour être efficaces dans un milieu donné, ceux-ci doivent respecter un certain nombre de conditions spécifiques à chacun de ces programmes lors de leur mise en œuvre. Si ces conditions ne sont pas respectées (et elles peuvent être nombreuses), l'efficacité des interventions mises de l'avant par ces programmes ne peut être assurée. Du côté anglophone, les programmes (ayant été évalués à l'extérieur du Québec) comme *Second Step* et *WITS* sont régulièrement implantés dans les écoles d'ici (communications personnelles auprès des responsables de programmes et des commissions scolaires en question). Depuis quelques années, certains milieux scolaires ont implanté la Méthode d'intérêt commun (MIC) inspirée des résultats prometteurs obtenus par Salmivali et ses collaborateurs [112,113] avec le programme KiVa en Finlande⁵ et ailleurs dans le monde. Cette approche éducative d'intervention préventive de niveau 3 (voir la figure 3) est pratiquée par le personnel scolaire en situation d'intimidation. La MIC vise à résoudre un problème relationnel entre des élèves par l'intervention structurée et positive de l'adulte qui a connaissance d'éléments où une victime a besoin de soutien pour mettre fin à une situation d'intimidation. L'approche préconise une intervention empathique de l'adulte auprès de l'auteur de l'intimidation afin de modéliser le comportement prosocial à adopter dans les relations avec les pairs. L'attitude bienveillante de l'adulte est prioritaire pour la réussite de l'intervention, afin de protéger la victime et de développer la confiance avec l'élève-intimidateur pour l'influencer dans la modification de son comportement. En dépit de son caractère prometteur et clairement adapté aux situations d'intimidation et de victimisation, cette approche devra faire l'objet d'une évaluation systématique afin de mieux en connaître sa portée, ainsi que ses conditions de mise en œuvre en contexte scolaire québécois.

À l'instar des constats posés par Jones et Bouffard [105], plusieurs de ces recherches ont souligné que ces programmes (catégories d'interventions) gagnent en efficacité lorsqu'ils sont intégrés aux pratiques de gestion de classe des enseignants facilitant ce type d'apprentissage, et non pas uniquement comme un simple contenu d'enseignement [114]. Outre les retombées positives de ce type de programmes de prévention de la violence en milieu scolaire, les études recensées par Jones et Bouffard indiquent que ces interventions contribuent, à moyen et long terme, au renforcement du bien-être psychologique, des attitudes positives face à l'adversité, ainsi qu'à la réussite scolaire [105]. L'application de ces programmes, par des adultes informés et soutenus adéquatement, peut également constituer une solution aux conduites violentes exprimées par certains membres du personnel scolaire.

Malheureusement, l'application de ce type de programmes de prévention, ainsi que des pratiques d'intervention en gestion de la classe varient considérablement d'un milieu scolaire à l'autre. Bien que ces programmes répondent à de réels besoins, les recherches évaluatives ont montré qu'ils sont souvent mis de côté ou abandonnés après un certain temps, et ce, malgré des résultats souvent très positifs. Plusieurs raisons peuvent expliquer un tel constat, mais dans la plupart des cas, la principale raison a trait à une formation et à un accompagnement (ressources humaines et matérielles) insuffisants pour assurer leur pérennité. Nous ne pouvons à cet égard passer sous silence le fait que la plupart des enseignantes et des

⁵ Programme KiVa : <http://www.kivaprogram.net/is-kiva-effective>.

enseignants ne sont pas toujours bien préparés lors de leur formation au baccalauréat pour mettre en place ce type d'intervention. Il est bon de rappeler d'ailleurs que ces constats avaient déjà été posés il y a plus de 10 ans [103]. Les connaissances requises à propos des principes de développement de l'enfant, des bonnes pratiques et des attitudes interpersonnelles requises pour intervenir efficacement sont souvent insuffisamment approfondies et mises en pratique durant le baccalauréat en éducation au préscolaire et en enseignement au primaire. À défaut d'une formation pleinement satisfaisante à cet égard au premier cycle, nous croyons qu'il pourrait être possible d'investir plus à fond dans des activités d'insertion professionnelle et de formation continue (programmes universitaires, formations universitaires non créditées, formations d'appoint offertes par les commissions scolaires, etc.). Les études évaluatives québécoises ont d'ailleurs clairement démontré qu'avec une formation et un accompagnement adéquat, les enseignants sont tout à fait en mesure de mettre en œuvre et d'assurer la pérennité de ces pratiques et les interventions préventives décrites précédemment [111]. Ce constat nous amène tout naturellement à la prochaine grande piste d'action.

Quatrième grande piste d'action : renforcer la formation initiale des enseignants et des directeurs, ainsi que mettre en place les incitatifs et des conditions encourageant, tout au long du développement professionnel de ces derniers, l'acquisition de bonnes pratiques et d'attitudes favorisant la bienveillance à l'égard des élèves, la prévention et la réduction de la violence

Nous croyons avoir fait la démonstration suffisante qu'il existe un réel besoin de formation et d'accompagnement du personnel scolaire pour réussir à atteindre les objectifs que visent les plans d'action de 2008 et de 2015, ainsi que la loi 56. Au-delà des obligations légales ou administratives, c'est au bien-être des enfants et à celui de l'ensemble du personnel scolaire qu'il faut songer. Or, les besoins de formation initiale du personnel scolaire posent de réels défis. Par ailleurs, comme le soulignent également Beaumont et ses collaborateurs, certaines compétences professionnelles – visées par le programme de formation initiale des maîtres du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec – pourraient être mises à contribution de façon plus efficiente afin de mieux préparer les futurs enseignants aux défis que posent la prévention et la réduction des violences en milieu scolaire. Les éléments de formation pratique (stages) offrent également des occasions d'acquisition et de mise en pratique de certains savoirs d'intervention [11]. Malgré ces possibles améliorations du cursus, les contenus de formation pour des interventions efficaces de la part des enseignantes et des enseignants risquent de se révéler insuffisants dans le cadre du baccalauréat. Un constat similaire peut être posé concernant la formation des directions d'école qui se résume très souvent en un diplôme d'études supérieures de 30 crédits. Compte tenu des conditions requises pour établir un état de situation, définir un plan de lutte, choisir les moyens appropriés, s'assurer de leur mise en œuvre, de leur régulation et de la réévaluation, il est clair que les directions d'école ont également besoin à la fois d'une meilleure formation, mais également – comme pour les enseignants – d'un accompagnement, notamment de la part de leurs commissions scolaires.

Il existe plusieurs pistes d'action pour tenter de résoudre ce problème. La première solution consisterait à accroître la formation initiale pour répondre aux besoins que nous venons d'évoquer. Sans exclure tout à fait cette possibilité, elle nous apparaît insuffisante. Il en va de même de la formation de deuxième cycle des directeurs. Si l'augmentation des crédits universitaires et une meilleure concentration des contenus d'enseignement liés à la prévention de la violence au sein des programmes de formation initiale peuvent constituer une partie de la solution, elle ne résout pas tous les défis et les problèmes rencontrés par les professionnels de l'éducation lors de leur insertion professionnelle et tout au long de leur carrière. Bien entendu, la mise en place de ces mesures nécessitera des ressources, tant humaines que matérielles, ainsi que l'engagement réel de l'ensemble des acteurs ayant une influence sur le milieu scolaire. Et, par-dessus tout, un engagement (encore plus) soutenu, concerté et pérenne des gouvernements, ainsi que des milieux de l'éducation et de la santé publique. Au-delà de la lutte contre la violence en milieu scolaire, une des grandes missions de notre système d'éducation concerne le soutien à la socialisation et l'établissement d'un environnement bienveillant, favorisant le bien-être psychologique et physique des élèves. Il s'agit de conditions essentielles au développement global de l'enfant et de l'adolescent, et à sa réussite scolaire.

Références

- [1] Beaumont C., Lavoie J., Couture C. *Les pratiques collaboratives en milieu scolaire : cadre de référence pour soutenir la formation*. Québec : Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire, Université Laval, 2010.
- [2] Beaumont C., Leclerc D., Frenette É. *Portrait de la violence dans les écoles du Québec. Rapport du groupe de recherche SEVEQ*. Québec : Chaire de recherche sur la sécurité et la violence en milieu éducatif, Université Laval, 2014.
- [3] Debarbieux É. *La violence en milieu scolaire – 1. État des lieux*. Paris : ESF, 1996.
- [4] Krug E. G. et collab. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002.
- [5] Galand B. « Le rôle de l'environnement scolaire dans le développement des conduites violentes ». In : Bowen F, Desbiens N (éd.). *Violence Chez Enfant Approch. Cogn. Dév. Neurobiol. Soc.* Marseille : 2011. p. 199-232.
- [6] Hong J. S., Espelage D. L. « A review of research on bullying and peer victimization in school: An ecological system analysis ». *Aggress. Violent Behav.* 2012. Vol. 17, p. 311–322.
- [7] Swearer S. M. et collab. « What Can Be Done About School Bullying? Linking Research to Educational Practice ». *Educ. Res.* [En ligne]. 2010. Vol. 39, n°1, p. 38–47. Disponible sur : <https://doi.org/DOI:10.3102/0013189X09357622>
- [8] Dodge K. A. « The structure and function of reactive and proactive aggression ». In : Pepler DJ, Rubin KH (éd.). *Dev. Treat. Child. Aggress.* Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates, 1991. p. 201–218.
- [9] Gouvernement du Québec. *Loi sur l'instruction publique*. 2017.
- [10] Bowen F., Levasseur C., Desbiens N. « L'agressivité et la nature humaine : perspectives évolutionniste et éthologique du développement de l'intimidation ». *Rev. Québécoise Psychol.* 2014. Vol. 35, n°3, p. 63–88.
- [11] Beaumont C. et collab. *Portrait de la violence dans les établissements d'enseignement du Québec : Changements entre 2013 et 2015*. Québec : Chaire de recherche sur la sécurité et la violence en milieu éducatif, Université Laval, 2016.
- [12] Chehab Y., Levasseur C., Bowen F. « De l'école au cyberspace, le phénomène de l'intimidation, chez les jeunes : état de la recherche et de l'intervention ». *McGill J. Educ.* 2016. Vol. 51, n°1, p. 1–21.
- [13] Beaumont C. *Schématisation des caractéristiques de l'intimidation et de la cyberintimidation selon la littérature actuelle. Document de travail inédit*. Québec : Chaire de recherche sur la sécurité et la violence en milieu éducatif, Université Laval, 2015.
- [14] Beaumont C., Galand B., Lucia S. *Les violences en milieu scolaire : Définir, prévenir, agir*. Québec : Presses de l'Université Laval, 2015.
- [15] Blaya C. « Cybervictimisation, visctimisation ordinaire et perception du climat scolaire chez les lycéens français ». *Int. J. Sch. Clim. Violence Prev.* 2016. Vol. 1, p. 155–176.
- [16] Malette N. « Forms of fighting: A micro-social analysis of bullying and in-school violence ». *Can. J. Educ.* 2017. Vol. 40, n°1, p. 1–29.
- [17] Levasseur C., Desbiens N., Bowen F. « Moral reasoning about bullying in involved adolescents ». *J. Moral Educ.* [En ligne]. 2017. Vol. 46, n°2, p. 158–176. Disponible sur : <https://doi.org/DOI:10.1080/03057240.2016.1268113>
- [18] Donnon T. « Understanding how resiliency development influences adolescent bullying and victimization ». *Can. J. Sch. Psychol.* [En ligne]. 2010. Vol. 25, n°1, p. 101–113. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1177/0829573509345481>
- [19] Modecki K. L. et collab. « Bullying prevalence across contexts: a meta-analysis measuring cyber and traditional bullying ». *J. Adolesc. Health.* 2014. Vol. 55, n°5, p. 602–611.
- [20] Roberts S., Zhang J., Truman J. *Indicators of School Crime and Safety*. Washington DC : National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education, and Bureau of Justice Statistics, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice, 2012.
- [21] Currie C. et collab. *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study*. [En ligne]. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2012. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study> (consulté le 8 février 2018)
- [22] Freeman J. et collab. *The health of Canada's young people: A mental health focus*. Ottawa : Public Health Agency of Canada, 2011.
- [23] Beaulieu J., Maltais C. « La souffrance psychologique des adolescents victimes de violence à l'école ». *Collect. CIRP.* 2011. Vol. 2, p. 363–375.
- [24] Verlaan P. et collab. « L'agression indirecte: un indicateur d'inadaptation psychosociale chez les filles? » *Rev. Criminol.* 2005. Vol. 38, n°1, p. 9–37.
- [25] Janosz M., Pascal S., Bouthillier C. *La violence perçue et subie dans les écoles primaires québécoises: portrait de trois échantillons d'écoles entre 2001 et 2004*. Montréal : Groupe de recherche sur les environnements scolaires, Université de Montréal, 2009.
- [26] Janosz M., Pascal S., Bouthillier C. *La violence perçue et subie dans les écoles secondaires publiques québécoises: portrait de multiples échantillons d'écoles entre 1999 et 2005*. Montréal : Groupe de recherche sur les environnements scolaires, Université de Montréal, 2009.

- [27] Chouinard R. et collab. *La violence perçue et vécue chez les élèves et les enseignants du primaire*. 2003.
- [28] Janosz M. et collab. *La violence perçue et vécue chez les élèves et les enseignants du secondaire*. 2003.
- [29] Bowen F. *Créer des communautés scolaires bienveillantes : Quelques éléments de réflexion. Conférence d'ouverture*. 2014.
- [30] Pica L. A. et collab. *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui: leur santé mentale et leur adaptation sociale, Tome 2*. [En ligne]. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2013. Disponible sur : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/adaptation-sociale/sante-jeunes-secondaire2.pdf>
- [31] Pica L. A., Berthelot M., Traoré I. *Faits saillants de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*. Québec : Institut de la Statistique du Québec, 2016.
- [32] Debarbieux É. et collab. *Le « climat scolaire » : définition, effets et conditions d'amélioration. Rapport au Comité scientifique de la Direction de l'enseignement scolaire, Ministère de l'éducation nationale, Observatoire International de la Violence à l'École*. MEN-DGESCO/Observatoire International de la Violence à l'École, 2012.
- [33] Calmaestra-Villen J. *Cyberbullying : prevalencia y características de un nuevo tipo de bullying indirecto*. Cordoba : Université de Cordoba, 2011.
- [34] Bowen F., Desbiens N. *La violence chez l'enfant : approches cognitive, développementale, neurobiologique et sociale*. Marseille : Éditions Solal, 2011.
- [35] Archer J. « Gender differences in aggression in real-world settings: a meta-analytic review ». *Rev. Gen. Psychol.* 2004. Vol. 8, p. 291-322.
- [36] Card N. A. et collab. « Direct and indirect aggression during childhood et adolescence: a meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment ». *Child Dev.* 2008. Vol. 79, p. 1185-1229.
- [37] Goldstein S. E., Young A., Boyd C. « Relational Aggression at School: Associations with School Safety and Social Climate ». *J. Youth Adolesc.* [En ligne]. 2008. Vol. 37, n°6, p. 641-654. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10964-007-9192-4>
- [38] Swearer S. M. « Relational aggression: Not just a female issue ». *J. Sch. Psychol.* 2008. Vol. 46, p. 611-616.
- [39] Blaya C., Debarbieux E., Rubi S. *Violence à l'école et genre : Les filles victimes ou agresseurs? Une revue de question. Paper commissioned for the EFA Global Monitoring Report 2003/4. The Leap to Equality*. [2003].
- [40] Card N. A., Isaacs J., Hodges E. V. E. « Correlates of school victimization: Implications for prevention and intervention ». In : Zins JE, Elias MJ, Mahr CA (éd.). *Bullying Victim. Peer Harass. Handb. Prev. Interv.* Binghamton : The Haworth Press, 2007. p. 339-366.
- [41] Crick N. R. et collab. « Relational victimization in childhood and adolescence: I hurt you through the grapevine ». In : Juvonen J, Graham S (éd.). *Peer Harass. Sch. Plight Vulnerable Vict.* New York : Guilford Press, 2001. p. 196-214.
- [42] Debarbieux É., Blaya C. *Violences à l'école et politiques publiques*. Paris : ESF, 2001.
- [43] Galand B., Carra C., Verhoeven M. *Prévenir les violences à l'école*. Paris : Presses Universitaires de France, 2012.
- [44] Galand B. et collab. « Regards croisés sur les phénomènes de violence en milieu scolaire : Élèves et équipes éducatives ». *Rev. Sci. L'éducation*. 2004. Vol. 30, p. 465-486.
- [45] Vitaro F., Brendgen M., Lacourse E. « Peers and Delinquency: A Genetically Informed, Developmentally Sensitive Perspective ». In : Morizot J, Kazemian L (éd.). *Dev. Crim. Antisocial Behav.* Cambridge : Springer, 2015.
- [46] Kretschmer T., Vitaro F., Barker E. D. « The Association Between Peer and own Aggression is Moderated by the BDNF Val-met Polymorphism ». *J. Res. Adolesc. Off. J. Soc. Res. Adolesc.* [En ligne]. 2014. Vol. 24, n°1, p. 177-185. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/jora.12050>
- [47] Salvas M.-C. et collab. « Friendship conflict and the development of generalized physical aggression in the early school years: A genetically informed study of potential moderators ». *Dev. Psychol.* 2014. Vol. 50, n°6, p. 1794-1807.
- [48] Ainsworth M. D. S. « Attachments and other affectional bonds across the life cycle ». In : Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P (éd.). *Attach. Life Cycle*. London : Routledge, 1991. p. 33-51.
- [49] Cyr C. et collab. « Attachement security and disorganization in maltreating and high-risk families : a series of meta-analyses ». *Dev. Psychopathol.* 2010. Vol. 22, p. 87-108.
- [50] Hoeve M. et collab. « The Relationship between Parenting and Delinquency: A Meta-Analysis ». *J. Abnorm. Child Psychol.* 2009. Vol. 37, p. 749-775.
- [51] Lansford J. E. et collab. « Early physical abuse and later violent delinquency: A prospective longitudinal study ». *Child Maltreat.* 2007. Vol. 12, p. 233-245.
- [52] Pianta R. C., Hamre B. K., Allen J. P. « Teacher-Student Relationships and Engagement: Conceptualizing, Measuring, and Improving the Capacity of Classroom Interactions ». In : Christenson SL, Reschly AL, Wylie C (éd.). *Handb. Res. Stud. Engagem.* New York : Springer, 2012.
- [53] Cornell D., Shukla K., Konold T. « Peer victimization and authoritative school climate: a multilevel approach ». *J. Educ. Psychol.* 2015. Vol. 107, n°4, p. 1186-1201.
- [54] Gomez-Ortiz O., Romera E. M., Ortega-Ruiz R. « Parenting styles and bullying. The mediating role of parental psychological aggression and physical punishment ». *Child Abuse Negl.* 2016. Vol. 51, p. 132-143.

- [55] Taylor Z. E. et collab. « The relations of ego-resiliency and emotion socialization to the development of empathy and prosocial behavior across early childhood ». *Emotion*. 2013. Vol. 13, n°5, p. 822–831.
- [56] Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall, 1986.
- [57] Bandura A. « Social cognitive theory of moral thought and action ». In : Kurtines WM, Gewirtz JL (éd.). *Handb. Moral Behav. Dev.* Hillsdale : Lawrence Erlbaum, 1991. p. 45–103.
- [58] Brendgen M. et collab. « Effects of friends' characteristics on children's social cognitions ». *Soc. Dev.* 1999. Vol. 8, n°1, p. 41–51.
- [59] St-Amand J., Bowen F., Wan Jung Lin T. « Le sentiment d'appartenance à l'école : une analyse conceptuelle ». *Can. J. Educ. Can. L'éducation*. 2017. Vol. 40, n°1, p. 1–32.
- [60] Dodge K. A., Pettit G. S. « A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence ». *Dev. Psychol.* 2003. Vol. 39, p. 349–371.
- [61] Tremblay R. E. et collab. « Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors ». *Pediatrics*. 2004. Vol. 114, p. 43–50.
- [62] Dodge K. A. et collab. « Peer Rejection and Social Information-Processing Factors the Development of Aggressive Behavior Problems in Children ». *Child Dev.* 2003. Vol. 74, p. 374–393.
- [63] Witvliet M. et collab. « Peer Group Affiliation of Children: The Role of Perceived Popularity, Likeability, and Behavioral Similarity in Bullying ». *Soc. Dev.* 2010. Vol. 19, p. 285–303.
- [64] Rodkin P. C. et collab. « They're Cool: Social Status and Peer Group Supports for Aggressive Boys and Girls ». *Soc. Dev.* 2006. Vol. 15, p. 176–204.
- [65] Hawley P. H. « Prosocial and coercive configurations of resource control in early adolescence: A case for the well-adapted machiavellian ». *Merrill Palmer Q.* 2003. Vol. 493, p. 279–309.
- [66] Malecki C. K., Demaray M. K. « The Role of Social Support in the Lives of Bullies, Victims and Bully-victims ». In : Espelage DL, Swearer SM (éd.). *Bullying Am. Sch. Soc.-Ecol. Perspect. Prev. Interv.* Mahwah : Lawrence Erlbaum Associates, 2004. p. 211–225.
- [67] Knox E., Conti-Ramsden G. « Bullying Risks of 11-year-old Children with Specific Language Impairment ». *Int. J. Lang. Commun. Disord.* 2003. Vol. 38, p. 1–12.
- [68] Nabuzoka D. *Children with Learning Difficulties: Social Understanding and Adjustment*. Blackwell, 2000.
- [69] Rivers I. « The Bullying of Sexual Minorities at School: Its Nature and Long-term Correlates ». *Educ. Child Psychol.* 2001. Vol. 1, n°18, p. 32–46.
- [70] Cassidy T., Taylor L. « Coping and Psychological Distress as a Function of the Bully/ Victim Dichotomy in Older Children ». *Soc. Psychol. Educ.* 2005. Vol. 8, p. 249–262.
- [71] Lepage C., Marcotte D., Fortin L. « L'intimidation et la dépression à l'école : analyse critique des écrits ». *Rev. Sci. L'éducation*. 2006. Vol. 32, p. 227–246.
- [72] Veenstra R. et collab. « The Complex Relation Between Bullying, Victimization, Acceptance, and Rejection: Giving Special Attention to Status, Affection, and Sex Differences ». *Child Dev.* 2010. Vol. 81, n°2, p. 480–486.
- [73] Isaacs J., Hodges E. V., Salmivalli C. « Long-term Consequences of Victimization: A Follow-up from Adolescence to Young Adulthood ». *Eur. J. Dev. Sci.* 2008. Vol. 2, p. 387–397.
- [74] Leadbeater B. J. et collab. « Victimization and Relational Aggression in Adolescent Romantic Relationships: The Influence of Parental and Peer Behaviors, and Individual Adjustment ». *J. Youth Adolesc.* 2007. Vol. 37, p. 359–372.
- [75] Connors-Burrow N. et collab. « Adults Matters: Protecting Children from Negative Impacts of Bullying ». *Psychol. Sch.* 2009. Vol. 7, n°46, p. 593–604.
- [76] Black S., Weinles D., Washington E. « Victim Strategies to Stop Bullying ». *Youth Violence Juv. Justice* [En ligne]. 2010. Vol. 8, n°2, p. 138–147. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1541204009349401>
- [77] Hymel S., Bonanno R. A. « Moral Disengagement Processes in Bullying ». *Theory Pract.* [En ligne]. 2014. Vol. 53, p. 278–285. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/00405841.2014.947219>
- [78] Rutter A., Hine D. W. « Sex Differences in Workplace Aggression: An Investigation of Moderation and Mediation Effects ». *Aggress. Behav.* 2005. Vol. 31, p. 254–270.
- [79] Haynie D. L. et collab. « Bullies, Victims, and Bully/Victims: Distinct Groups of At-Risk Youth ». *J. Early Adolesc.* 2001. Vol. 21, p. 29–49.
- [80] Hanish L. D., Guerra N. G. « Aggressive Victims, Passive Victims, and Bullies: Developmental Continuity or Developmental Change ». *Merrill-Palmer Q.* 2004. Vol. 50, p. 17–38.
- [81] Holt M., Finkelhor D., Kantor G. « Hidden forms of victimization in elementary students involved in bullying ». *Sch. Psychol. Rev.* 2007. Vol. 36, p. 345–360.
- [82] Solberg M. E., Olweus D., Endresen I. « Bullies and Victims at School: are they the Same Pupils? ». *Br. J. Educ. Psychol.* 2007. Vol. 77, p. 441–464.
- [83] Salmivalli C. « Bullying and the peer group: A review ». *Aggress. Violent Behav.* 2010. Vol. 15, p. 112–120.
- [84] Kerbs J., Jolley J. « The Joy of Violence: What About Violence is Fun in Middle-School? ». *Am. J. Crim. Justice*. 2007. Vol. 32, p. 12–29.
- [85] Nishina A., Juvonen J. « Daily Reports of Witnessing and Experiencing Peer Harassment in Middle School ». *Child Dev.* 2005. Vol. 76, p. 435.
- [86] Hymel S., Rocke-Henderson N., Bonanno R. A. « Moral Disengagement: A Framework for Understanding Bullying Among Adolescents ». *J. Soc. Sci.* 2005. Vol. 8, p. 1–11.

- [87] Unnever J. D., Cornell D. G. « The Culture of Bullying in Middle School ». *J. Sch. Violence*. 2003. Vol. 2, n°5, p. 27. <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/plan-action-intimidation-2015.pdf>
- [88] Pöyhönen V., Juvonen J., Salmivalli C. « What does it take to stand up for the victim of bullying? The interplay between personal and social factors ». *Merrill-Palmer Q.* 2010. Vol. 56, p. 143–163.
- [89] Caravita S., Gini G., Pozzoli T. « Main and moderated effects of moral cognition and status on bullying and defending ». *Aggress. Behav.* 2012. Vol. 38, p. 456–468.
- [90] Mishna F. et collab. « Teachers' Understanding of Bullying ». *Can. J. Educ.* 2005. Vol. 28, p. 718–738.
- [91] Bauman S., Rigby K., Hoppa K. « US Teachers' and School Counsellors' Strategies for Handling School Bullying Incidents ». *Educ. Psychol.* 2008. Vol. 28, p. 837–856.
- [92] Ting L., Sanders S., Smith P. L. « The Teachers' Reactions to School Violence Scale: Psychometric Properties and Scale Development ». *Educ. Psychol. Meas.* 2002. Vol. 62, p. 1006–1019.
- [93] Rodkin P. C., Espelage D. L., Hanish L. « A relational framework for understanding bullying: developmental antecedents and outcomes ». *Am. Psychol.* 2015. Vol. 70, p. 311–321.
- [94] Cohen J. « Social, emotional, ethical and academic education: Creating a climate for learning, participation in democracy and well-being ». *Harv. Educ. Rev.* 2006. Vol. 76, p. 201–237.
- [95] Cohen J. et collab. « School climate: Research, policy, teacher education and practice ». *Teach. Coll. Rec.* 2009. Vol. 111, p. 180–213.
- [96] Poulin R. et collab. « Le climat scolaire : un point central pour expliquer la victimisation et la réussite scolaire ». *Rev. Can. L'éducation*. 2015. Vol. 38, n°1, p. 1–23.
- [97] Wang C., Berry B., Swearer S. M. « The Critical Role of School Climate in Effective Bullying Prevention ». *Theory Pract.* 2013. Vol. 52, n°4, p. 296–302.
- [98] Benbenishty R., Astor R. A. *School violence in context: Culture, neighborhood, family, school and gender*. New York : Oxford, 2005.
- [99] Janosz M., Georges P., Parent S. « L'environnement éducatif à l'école secondaire : un modèle théorique pour guider l'évaluation du milieu ». *Rev. Can. Psychoéducation*. 1998. Vol. 27, n°2, p. 285–306.
- [100] Vérificateur général du Québec. « Interventions en matière de violence dans les établissements publics d'enseignement secondaire ». In : *Rapp. À L'Assemblée Natl. Pour L'année 2004-2005 – Tome 1*. Québec : Vérificateur général du Québec, 2005. p. 45-69.
- [101] Gouvernement du Québec. *Plan d'action pour prévenir et traiter la violence à l'école 2008-2011*. Québec : Gouvernement du Québec, 2008.
- [102] Gouvernement du Québec. *Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation 2015-2018 - Ensemble contre l'intimidation, une responsabilité partagée*. [En ligne]. Québec : Gouvernement du Québec, 2015. Disponible sur :
- [103] Bowen F., Desbiens N. « La prévention de la violence en milieu scolaire au Québec : réflexions sur la recherche et le développement de pratiques efficaces ». *Éducation Transphobie*. 2004. Vol. 32, p. 69–86.
- [104] Beaumont C. *Plan d'action global pour un climat scolaire positif. Document de travail inédit*. Chaire de recherche sur la sécurité et la violence en milieu éducatif, Université Laval, 2017.
- [105] Jones S. M., Bouffard S. « Social and Emotional Learning in Schools - From Programs to Strategies ». *Soc. Policy Rep. - Shar. Child Youth Dev.* 2012. Vol. 26, n°4, p. 1-33.
- [106] Oser F. K. « Toward a theory of the Just Community approach ». In : Nucci LP, Krettenauer T, Narvaez D (éd.). *Handb. Moral Character Educ.* New York : Routledge, 2014.
- [107] Power F. C., Higgins-D'Alessandro A. « The just community to moral education and the moral atmosphere at school ». In : Nucci LP, Krettenauer T, Narvaez D (éd.). *Handb. Moral Character Educ.* New York : Routledge, 2008.
- [108] Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. *Référentiel d'intervention en lecture pour les élèves de 10 à 15 ans*. Québec : Gouvernement du Québec, 2012.
- [109] Tessier C., Comeau L. *Le développement des enfants et des adolescents dans une perspective de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2017.
- [110] Bowen F. et collab. *Élaboration d'un instrument évaluant la mobilisation des milieux scolaires québécois à l'égard de l'implantation de mesures pour prévenir la violence. Communication présentée dans le cadre du 7e Congrès biennal du Conseil Québécois pour les Jeunes en Difficulté de comportement*. 2018.
- [111] Boutin G., Forget S. « Programmes québécois de lutte contre la violence scolaire : description, apports et limites. » *Sociétés Jeun. En Diffic.* 2010. n°10,.
- [112] Kärnä A. et collab. « A large-scale evaluation of the KiVa antibullying program ». *Child Dev.* 2011. Vol. 82, p. 311–330.
- [113] Salmivalli C., Kärnä A., Poskiparta E. « Counteracting bullying in Finland: The KiVa program and its effects on different forms of being bullied ». *Int. J. Behav. Dev.* [En ligne]. 2011. Vol. 35, n°5, p. 405-411. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0165025411407457>
- [114] Gaudreau N. *Gérer efficacement sa classe - Les cinq ingrédients essentiels*. Montréal : Presses de l'Université du Québec, 2017.
- [115] Ball H. A. et al. « Genetic and environmental influences on victims, bullies and bully-victims in childhood ». *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2008. Vol. 49, p. 104–112.

Chapitre 8

La violence envers les athlètes dans un contexte sportif

Sylvie Parent

Kristine Fortier

Messages clés

- La violence envers les athlètes dans un contexte sportif peut être perpétrée par une personne en position d'autorité, des pairs athlètes, des spectateurs, des parents ou un membre de l'équipe médicale. Elle peut également être auto-infligée par l'athlète lui-même.
- La violence peut survenir dans les vestiaires ou dans les douches, au domicile de l'entraîneur, à l'occasion des entraînements, des compétitions ou des voyages à l'extérieur.
- Les manifestations de violence interpersonnelle en contexte sportif sont multiples. On constate notamment des sévices physiques ou psychologiques, de la violence sexuelle, de l'intimidation, de l'exploitation, de la discrimination ou de la négligence.
- L'ampleur du phénomène de la violence en contexte sportif est très peu documentée. Au Canada et au Québec, il n'existe aucun portrait global des diverses formes de violence pouvant être vécues par les athlètes.
- La normalisation et la tolérance de la violence en contexte sportif par les acteurs du système, par les médias et par la population en général est le facteur socioculturel qui ressort le plus dans les études, et ce, pour l'ensemble des formes de violence.
- La prévention de la violence envers les athlètes en contexte sportif passe inévitablement par l'amélioration des connaissances sur l'ampleur, les facteurs de risque, les conséquences de la violence en contexte sportif, mais également par l'évaluation des interventions préventives développées, afin de mettre en place les mesures les plus efficaces possible.
- Au Québec, bien qu'il existe des mécanismes ainsi que des leviers pour agir afin de mieux protéger les jeunes athlètes, ces moyens sont encore peu utilisés et les interventions ne sont pas intégrées. Pour arriver à prévenir la violence en contexte sportif, les efforts des différentes instances concernées (responsables du sport, protection de l'enfance, éducation, santé publique, population générale) doivent être davantage concertés, et doivent cibler des changements à la fois chez les personnes et dans les environnements.

Introduction

La prise de conscience de la présence de la violence en contexte sportif ne date pas d'hier. En effet, des organisations sportives, des instances de protection de l'enfance, des instances gouvernementales ainsi que la communauté scientifique reconnaissent maintenant – à des degrés divers – la variété des problématiques de violence dans le sport. D'ailleurs, l'étude de la violence en contexte sportif a beaucoup évolué ces dernières années. Alors que les problématiques reliées à la violence des foules [1–3] ainsi qu'aux agressions physiques entre les joueurs en situation de compétition [4,5] ont d'abord retenu l'attention des scientifiques, on remarque depuis quelques années l'émergence d'études documentant des formes de violence jusque là moins connues, comme la question de la violence sexuelle et émotionnelle en contexte sportif [6–10]. Des travaux très récents viennent même offrir une vision beaucoup plus large de la question de la violence dans les sports [3,11,12].

Définition

Définir la violence en contexte sportif n'est pas chose simple. Certains cadres conceptuels et théoriques ont porté sur des types de violence vécus dans un contexte spécifique, comme la violence physique en situation de compétition [5] ou les comportements abusifs des entraîneurs envers les athlètes [13]. Certains auteurs ont également tenté de conceptualiser la problématique de la violence en contexte sportif de façon plus large afin de mieux cerner ses multiples dimensions et de favoriser une compréhension commune de celle-ci [3,11,14]. Par exemple, Stirling s'est attardée à la compréhension de la maltraitance¹ envers les athlètes [16]. Mountjoy et ses collaborateurs ont pour leur part innové en incluant dans leur cadre certaines formes de violence, notamment la violence dirigée contre soi-même [11]. Le cadre conceptuel de l'UNICEF [14] est lui aussi novateur dans le sens où ce dernier considère des problématiques pointues, mais extrêmement importantes, comme le trafic humain dans les sports (*child slavery*), ainsi que le travail sportif des enfants en tant qu'athlètes d'élite (*child labor*). Certains auteurs font également référence à la violence dite « institutionnelle » qui dépasse le cadre de la violence observable entre les individus pour inclure des formes de violence générées par le contexte socioorganisationnel de certains milieux sportifs (ex. : recours à la discrimination, tolérance et acceptation des contacts physiques brutaux, normalisation des abus sexuels, physiques et émotionnels, imposition de programmes d'entraînement nocifs) [11,16]. Young a également proposé une vision encore plus large de la violence reliée au monde sportif (*Sport Related Violence*) en y incluant à la fois « des actes directs de violence physique présents à l'intérieur ou à l'extérieur des règles du jeu pouvant entraîner des blessures aux personnes ou aux animaux, ou provoquer des dommages à la propriété; et tout acte dommageable ou potentiellement dommageable perpétré dans le contexte du sport qui ont le potentiel d'engendrer des blessures ou qui en entraînent ou qui violent les droits de l'homme et les libertés civiles » (traduction libre) [3]. Young inclut dans son concept de violence reliée au sport à la fois les expériences de violence vécues dans le monde sportif (harcèlement, bizutage (*hazing*)², violence entre les joueurs en situation de compétition), mais également la violence commise par les divers membres de la communauté sportive à l'extérieur du sport (ex. : violence conjugale, agressions sexuelles) [3].

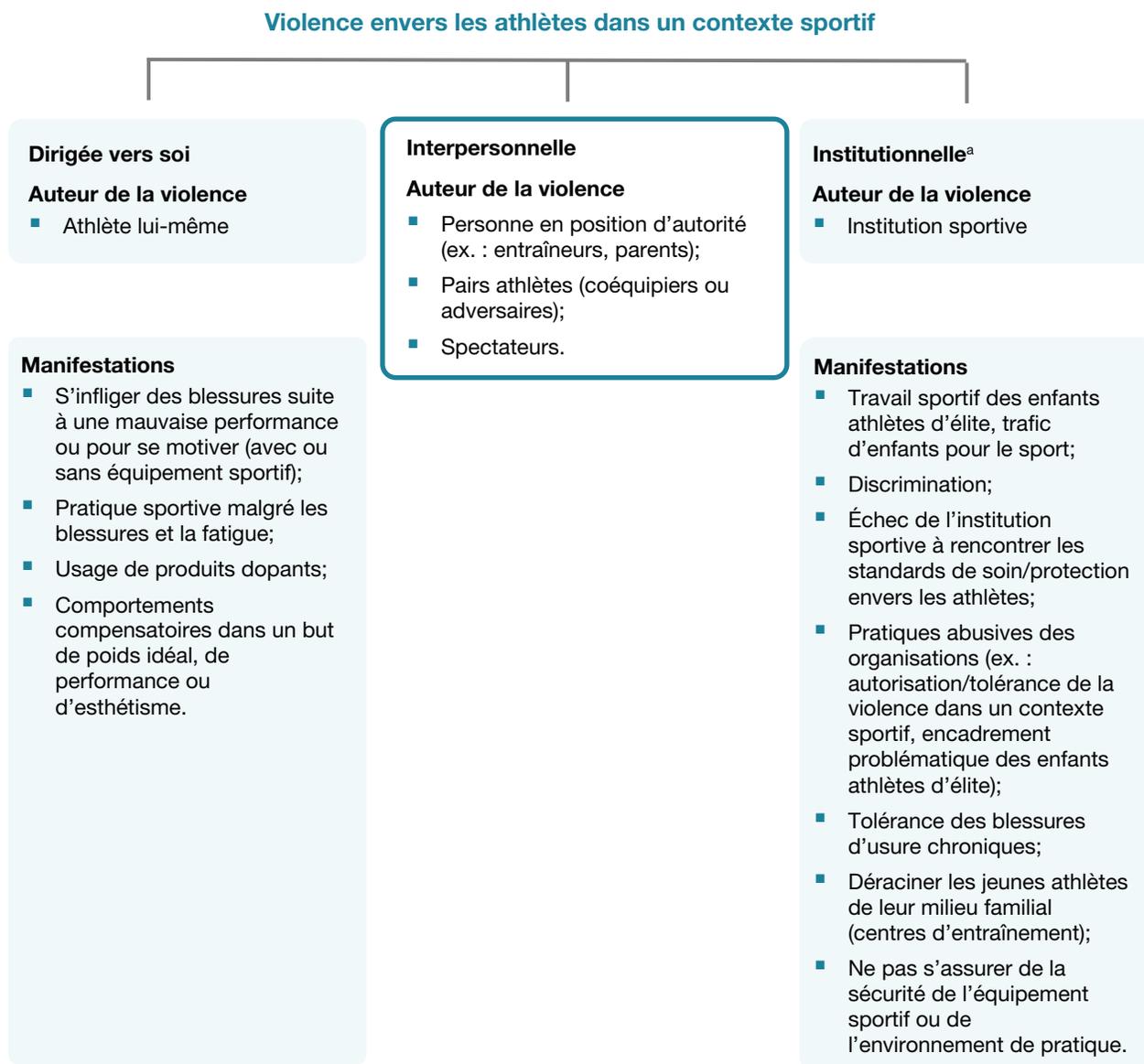
En résumé, la violence envers les athlètes peut être de trois types : dirigée vers soi, interpersonnelle et institutionnelle (figure ci-dessous). Elle peut être perpétrée par l'athlète lui-même, une personne en position d'autorité, des pairs athlètes, des spectateurs ou l'institution sportive. Cette violence peut se manifester de différentes façons, notamment par des sévices physiques ou psychologiques, de l'abus, de l'exploitation ou de la discrimination.

¹ « Toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir » [15].

² Le « bizutage » réfère à toute activité potentiellement humiliante, dégradante, abusive ou dangereuse attendue de la part d'un sportif par un ou des coéquipiers plus expérimentés, qui ne contribue pas à son développement, mais qu'il doit réaliser pour se faire accepter en tant que membre de l'équipe par ses coéquipiers [17].

On peut classer les différentes manifestations selon la nature des actes : sexuelle, physique, psychologique, ou de l'ordre de la négligence ou de la privation/défaut de soins. Pour les besoins du présent chapitre, mis à part l'encadré 1 sur la violence dirigée vers soi, seule la violence interpersonnelle sera abordée de façon plus approfondie.

Figure 1 Typologie de la violence dans un contexte sportif



^a Les formes de violence institutionnelles suivantes ont été reprises et traduites de l’ouvrage de Stirling [16]. Vous pouvez trouver l’article complet avec la référence suivante : Stirling, A. E. (2009). Definition and constituents of maltreatment in sport: Establishing a conceptual framework for research practitioners. *British Journal of Sports Medicine*, 43(14), 1091-1099.

Manifestations de la violence interpersonnelle

La violence interpersonnelle en contexte sportif est celle qui a reçu le plus d'attention jusqu'à maintenant au sein de la communauté scientifique. Comme il a été mentionné précédemment, elle peut être perpétrée par une personne en position d'autorité et de responsabilité (comme un entraîneur, un parent ou encore un membre de l'équipe médicale), par des spectateurs ou par d'autres athlètes. La violence dans ce cas peut survenir lors des entraînements, des compétitions, des voyages à l'extérieur, des camps d'entraînement, dans les vestiaires ou les douches, au domicile de l'entraîneur, etc. Elle peut prendre plusieurs formes, soit la violence sexuelle, la violence psychologique, la violence physique et la négligence. Les différentes manifestations de la violence interpersonnelle en contexte sportif en fonction de l'auteur sont résumées dans le tableau 1.

La violence sexuelle perpétrée par des entraîneurs (harcèlement et abus sexuels) a été la forme de violence interpersonnelle la plus étudiée jusqu'à maintenant [8,18–20]. Cette forme de violence a été documentée dans le sport dès la fin des années 1980. Une littérature émerge pourtant depuis quelques années sur la question de la violence psychologique de la part des entraîneurs [7,9,21,22]. Cette forme de violence dans un contexte d'autorité peut se manifester notamment par l'humiliation et le rejet. Bien qu'il se peut que l'intention des entraîneurs qui utilisent la violence psychologique envers les athlètes puisse être de leur faire du mal (geste hostile), il semble que les entraîneurs peuvent également avoir recours à de tels comportements dans un objectif précis (visée pédagogique ou motivationnelle). En effet, des auteurs rapportent que sous prétexte de développer la force mentale de leurs athlètes, des entraîneurs disent avoir utilisé des méthodes comme les cris et l'intimidation [21].

La violence physique est, pour sa part, très peu documentée. Toutefois, certaines études font état de l'utilisation de punitions corporelles par les entraîneurs, de l'imposition d'entraînements et de compétitions malgré les blessures, ainsi que de privations de nourriture [23]. D'autres chercheurs considèrent que l'utilisation de l'effort physique forcé ainsi que l'imposition de régimes d'entraînement excessifs constituent également des formes de violence physique envers les athlètes [24–26]. L'usage imposé de produits dopants en vue d'améliorer la performance a aussi été documenté comme étant une forme d'abus physique potentielle en sport [27]. Enfin, la négligence de la part de personnes en position d'autorité reste une forme inexplorée, du moins sur le plan empirique. En 2009, Stirling a cependant proposé de considérer la négligence comme une forme de violence vécue par les athlètes. À ce titre, elle identifie quatre formes de négligence, à savoir la négligence physique, éducative, sociale et émotionnelle [16].

Les auteurs de violence en contexte sportif

Dans l'ensemble, les études disponibles au sujet de la violence commise par une personne en position d'autorité se sont majoritairement concentrées sur l'entraîneur comme auteur de cette violence. Peu de choses sont connues pour le moment sur les comportements abusifs des parents et des autres personnes en position d'autorité dans le contexte sportif. Bien que les personnes en position d'autorité puissent poser des gestes de violence, il semble que la majorité de la violence interpersonnelle vécue en contexte sportif par les athlètes provient des pairs athlètes (coéquipiers ou adversaires). En effet, dans leur enquête, Alexander et ses collaborateurs rapportent que ces derniers sont les auteurs de violence psychologique dans 81 % des cas, tandis qu'ils sont responsables de 88 % de violence sexuelle et de 62 % de violence physique vécue par les sportifs interrogés dans leur enquête [28]. La violence entre les pairs athlètes peut survenir dans différents contextes, que ce soit dans le cadre d'initiations sportives [29], via le Web [30,31], lors d'une situation impliquant un ou plusieurs autres athlètes, ou lors d'une situation de compétition [5,32]. La littérature montre également que les athlètes peuvent vivre, dans un ou l'autre de ces contextes, du harcèlement et des agressions sexuelles [6,18,28,33–35], des actes d'humiliation et d'intimidation [31,32,36–38], ainsi que des agressions physiques.

Dans le cas des agressions physiques ayant lieu durant le jeu ou les matchs, elles s'inscrivent dans un continuum allant des contacts physiques brutaux autorisés ou tolérés par les règlements de certains sports (ex. : mises en échec corporelles et bagarres au hockey sur glace), jusqu'aux agressions physiques illégales considérées comme quasi criminelles ou criminelles dans certains cas (ex. : coup de poing, plaquage, assaut, actes causant des commotions cérébrales ou causant la mort) [3,5,9,32,39].

Enfin, la violence de la part des spectateurs peut survenir avant, pendant ou suite aux événements sportifs [3]. Les manifestations les plus documentées de violence envers les athlètes par des spectateurs comprennent des déclarations offensantes et humiliantes, des menaces verbales, la projection d'objets sur les athlètes, ainsi que des agressions physiques pouvant prendre entre autres la forme d'invasions du terrain pendant ou après la compétition [40–42].

La cooccurrence des formes de violence

Les formes de violence ont souvent été étudiées de façon isolée. Cela restreint malheureusement notre compréhension du problème. Rares sont les études qui ont étudié les liens entre ces formes de violence. Une analyse plus poussée de la cooccurrence permettrait de mieux comprendre ces liens et de faciliter les interventions pour prévenir le phénomène globalement. D'après les résultats de Vertommen et ses collaborateurs, les athlètes vivent diverses formes de violence interpersonnelle. Certains ont vécu à la fois de la violence psychologique, physique et sexuelle, d'autres ont vécu une combinaison de deux de ces formes, alors que certains ont rapporté en avoir vécu une seule [12]. Au-delà des liens entre les diverses formes de violence interpersonnelle en contexte sportif, certains auteurs ont émis l'hypothèse que des liens puissent exister entre la violence interpersonnelle, la violence dirigée vers soi, la violence institutionnelle et la culture sportive [9,43]. Par exemple, des études sociologiques ont mis en lumière les liens potentiels entre la tendance de certains athlètes à s'entraîner malgré les blessures, la douleur ou l'épuisement (violence dirigée vers soi), l'imposition d'entraînements par les entraîneurs ou les parents (*forced physical exertion*) (abus physiques – violence interpersonnelle) et la normalisation de tels comportements au sein de la culture sportive (violence institutionnelle) [23,24,44,45]. Malgré certaines pistes intéressantes, beaucoup de travail reste à faire pour mieux cerner les liens entre les diverses formes de violence envers les athlètes en contexte sportif.

Tableau 1 Manifestations de violence interpersonnelle en contexte sportif, selon le type d’auteur

	AUTEUR		
	Personne en position d’autorité	Pairs athlètes	Spectateurs
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entraînement; ▪ Compétitions; ▪ Voyages/Camps d’entraînement; ▪ Vestiaires ou douches; ▪ Toute autre situation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Initiations sportives; ▪ Sur le jeu/en situation de match; ▪ Party d’équipe; ▪ Toute autre situation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avant, pendant ou après une partie, un match ou une compétition.
Violence sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Harcèlement sexuel; ▪ Athlètes majeurs : agression sexuelle; ▪ Athlètes mineurs (abus sexuel) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestes de nature sexuelle avec contacts physiques : caresser/toucher, inviter un mineur à toucher ou à être touché de façon sexuelle, relations sexuelles, viol, inceste, sodomie; ▪ Gestes de nature sexuelle sans contacts physiques : exhibitionnisme, impliquer un mineur dans la prostitution ou la pornographie, leurre d’enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Harcèlement sexuel; ▪ Agression sexuelle. 	
Violence psychologique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crier des propos dégradants ou humiliants à un athlète après une mauvaise performance, pour le « motiver » ou dans le but de l’« endurcir »; ▪ Lancer des objets vers les athlètes pour montrer la frustration; ▪ Refuser systématiquement de donner de la rétroaction lors d’une contre-performance, ou un refus de donner de l’attention de façon systématique; ▪ Expulser de façon chronique un athlète des entraînements ou des autres activités en lien avec la pratique sportive ou l’équipe; ▪ Humilier et rejeter les athlètes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paroles ou écrits pour ridiculiser, se moquer, injurier un ou des athlètes; ▪ Atteintes à la réputation de l’athlète, exclusion; ▪ S’en prendre aux biens des athlètes; ▪ Attacher, suspendre ou confiner un athlète dans un endroit restreint; ▪ Obliger un athlète à être l’esclave d’un autre athlète; ▪ Kidnapper ou abandonner un athlète; ▪ Priver un athlète de sommeil; ▪ Restreindre la parole d’un athlète (ex. : bâillonner, obliger au silence sur de longues périodes); ▪ Lancer de la nourriture sur un athlète ou l’obliger à manger des choses non désirées ou impropres à la consommation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déclarations offensantes, humiliantes envers les joueurs/athlètes; ▪ Menaces envers les joueurs/athlètes; ▪ Projeter des objets sur les athlètes.

Tableau 1 Manifestations de violence interpersonnelle en contexte sportif (suite)

	AUTEUR		
	Personne en position d'autorité	Pairs athlètes	Spectateurs
Violence physique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Frapper, pousser ou lancer des objets sur un athlète; ■ Forcer un athlète à s'entraîner malgré les blessures ou l'épuisement; ■ Puntition corporelle suite à une mauvaise performance, un non-respect des consignes ou la non-atteinte d'un poids idéal (ex. : efforts physiques forcés, privation de nourriture, sévices corporels); ■ Refuser à l'athlète le droit de s'hydrater, de dormir, de manger ou d'aller aux toilettes; ■ Exposer les athlètes à des régimes d'entraînement excessifs et dommageables, ou à des pratiques nocives (ex. : méthodes de perte de poids risquées, consommation de produits dopants ou utilisation de méthodes dangereuses en vue d'améliorer la performance). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Frapper, pousser, secouer, frapper avec un objet (ex. : bâton hockey), donner un coup de poing ou un coup de pied; ■ Forcer un athlète à consommer de grandes quantités d'alcool; ■ Tatouer, raser les cheveux ou percer une partie du corps d'un athlète. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Agressions physiques (invasion du terrain ou suite au match ou à la compétition).
Négligence	<ul style="list-style-type: none"> ■ Éducationnelle : encourager un athlète à quitter ses études ou à sacrifier des périodes normalement consacrées à l'école pour l'entraînement; ■ Sociale : décourager un athlète d'entretenir des liens sociaux ou amoureux afin de ne pas nuire à son implication sportive; ■ Physique : omission de diriger un athlète vers un professionnel pour un problème de santé, ne pas s'assurer de la sécurité de l'équipement sportif ou de l'environnement de pratique; ■ Émotionnelle : ne pas offrir de soutien psychologique à l'athlète. 		

Encadré 1 – La violence dirigée vers soi en contexte sportif

La violence dirigée vers soi dans le contexte sportif a récemment été définie comme étant : « Une pratique **intentionnelle** spécifique au contexte sportif et **perpétrée par l'athlète lui-même** qui met en danger directement sa santé et son bien-être physique, psychologique ou émotionnel » (traduction libre) [46]. Parmi les pratiques athlétiques pouvant constituer une telle violence, notons :

- La poursuite de la pratique sportive malgré les blessures, la fatigue extrême ou la douleur [3,11,44,46–48];
- L'utilisation de méthodes visant à augmenter les performances ou la consommation de produits dopants (ex. : stéroïde anabolisant, hormone de croissance, érythropoïétine, injection et transfusion sanguine) [3,11,27,46];
- L'adoption de comportements compensatoires pour atteindre un poids idéal dans le cadre de la pratique sportive (ex. : jeûner, se faire vomir, se déshydrater, prendre des pilules amaigrissantes) [3,11,46,49–51].

Malgré le fait que ces comportements d'athlètes soient relativement bien documentés, rares sont les études qui les considèrent comme des formes de violence dirigée vers soi. Pourtant, ils sont associés à de nombreuses conséquences sur la santé physique et mentale (anxiété, dépression, culpabilité, honte, comportements suicidaires, faible estime de soi, blessures, infections, déshydratation, etc.), et peuvent mener à une diminution des performances sportives [51–55]. La littérature suggère également que ces comportements individuels ne surviennent pas toujours de façon isolée, et qu'ils peuvent être vécus simultanément avec d'autres formes de violence [9,28,48,56,57]. Par exemple, des athlètes ayant vécu de la maltraitance psychologique de la part de leur entraîneur ont rapporté avoir par la suite adopté des comportements compensatoires [28]. Au regard de la définition proposée par Atkinson et Young [46] et de l'ensemble des informations disponibles sur ces pratiques athlétiques, il semble que la violence dirigée vers soi est bien présente dans le contexte sportif, mais elle n'est pas encore clairement établie par la communauté scientifique. Plusieurs avenues de recherche restent donc à explorer dans ce domaine.

Ampleur

L'ampleur du phénomène de la violence en contexte sportif est très peu documentée. Dans leur ouvrage phare sur la question de la protection des enfants en contexte sportif, Lang et Hartill démontrent à quel point ce domaine de recherche manque cruellement d'études robustes réalisées à grande échelle permettant de documenter la prévalence et l'incidence des problématiques de violence envers les jeunes sportifs [58]. Au Canada et au Québec, nous n'avons actuellement aucun portrait global des diverses formes de violence pouvant être vécues par les athlètes. Ces données sont pourtant cruciales et constituent le premier pas à réaliser dans une démarche de santé publique visant ultimement à prévenir de tels phénomènes. Ce portrait plus vaste est certainement l'étape la plus importante à franchir au cours des prochaines années.

Malgré l'absence de portrait général au Québec, des données récentes provenant d'autres pays suggèrent que la violence envers les athlètes en contexte sportif constitue un problème bien réel et préoccupant. En effet, Vertommen et ses collaborateurs ont questionné plus de 4 000 adultes belges et néerlandais sur leurs expériences de violence vécues avant l'âge de 18 ans dans le contexte sportif. Les résultats de cette étude montrent que 44 % des participants ont rapporté avoir vécu au moins une forme de violence dans le contexte sportif (sexuelle, psychologique, physique). De façon plus spécifique, les auteurs rapportent que 11 % des répondants ont vécu de la violence physique, 38 % de la violence psychologique et 14 % de la violence sexuelle. Les auteurs ont également classifié les violences vécues en degrés de sévérité, ce qui représente un aspect novateur de cette recherche. Lorsqu'on ne tient compte que des formes sévères de violence psychologique (ex. : être régulièrement humilié, subir des menaces constantes), physique (ex. : avoir été frappé) et sexuelle (ex. : viol, agression sexuelle), la prévalence chez les répondants est respectivement de 9 %, 8 % et 5 %. Il semble également que certains sportifs cumulent les formes de violence. En effet, 4 % des personnes interrogées rapportent avoir vécu les trois formes de violence. Parmi les répondants ayant rapporté avoir vécu de la violence physique ou sexuelle, la majorité (respectivement 80 % et 67 %) a déclaré avoir vécu au moins un incident de violence psychologique. Les auteurs de ces gestes de violence ne sont toutefois pas précisés dans le cas de cette étude [12].

Violence perpétrée par une personne en situation d'autorité

La prévalence de la violence perpétrée par une personne en position d'autorité a majoritairement été étudiée sous l'angle des gestes posés par l'entraîneur envers les jeunes athlètes, et porte souvent le terme d'abus (abus sexuel, abus physique, abus psychologique). Ces études sont presque exclusivement rétrospectives, c'est-à-dire qu'elles ont été menées auprès de participants adultes et ont documenté les expériences sportives vécues dans l'enfance et l'adolescence. Les études ayant documenté le harcèlement sexuel commis par un entraîneur font état d'une prévalence variant entre 3 % et 22 % [18,28,59–64], tandis que celles qui se sont attardées spécifiquement aux abus sexuels obtiennent des prévalences variant entre 0,2 % et 9,7 % [19,20,28,65]. Au Québec, Parent et ses collaborateurs ont documenté la violence sexuelle vécue par les jeunes sportifs de 14 à 17 ans. Les résultats issus de cette étude révèlent que 0,8 % des jeunes athlètes québécois âgés de 14 à 17 ans ont vécu un abus sexuel de la part d'un entraîneur au cours de leur vie, et que les entraîneurs sont responsables de 5,3 % des abus sexuels vécus par les jeunes Québécois. De plus, 1,6 % des jeunes athlètes rapportent avoir eu au cours de l'année précédant l'étude des relations sexuelles avec un entraîneur auxquelles ils jugeaient avoir consenti [8]. La notion de consentement ne pouvant s'appliquer dans ce cas [66], il semble donc qu'une certaine proportion des jeunes aient vécu une agression sexuelle sans toutefois la considérer comme un geste abusif de l'entraîneur. Finalement, Parent et ses collaborateurs rapportent que 0,4 % des jeunes sportifs québécois ont vécu du harcèlement sexuel de la part d'un entraîneur au cours de l'année précédant l'étude [8]. Sur le plan des abus physiques, Alexander et ses collaborateurs indiquent que 6,8 % des répondants interrogés ont déjà subi de la violence physique de la part de leur entraîneur. Les abus émotionnels s'avèrent pour leur part plus fréquents. En effet, ces auteurs rapportent que 23 % des participants ont vécu des abus émotionnels de la part de leur entraîneur avant l'âge de 16 ans [28]. Outre la violence sexuelle et les quelques études citées ci-dessus, les études sur la prévalence des autres formes de violence subies de la part d'un entraîneur (violence physique, violence psychologique, négligence) sont quasi inexistantes ou comportent des limites méthodologiques importantes.

Violence perpétrée par un pair athlète

La prévalence de la violence entre les sportifs (coéquipiers ou adversaires) diffère selon le contexte dans lequel elle a été étudiée. Par exemple, les études révèlent que la prévalence du bizutage en contexte sportif se situe entre 17 % et 41 % chez les athlètes mineurs [29,67,68], et entre 41 % et 92 % chez les athlètes majeurs [29,69–71]. Au Canada, la présence du bizutage en contexte sportif a été confirmée dans la littérature [34,70,72–74]. Une étude récente a d'ailleurs montré que 92 % des athlètes universitaires canadiens ont déjà été victimes de bizutage au cours de leur carrière sportive [70]. À notre connaissance, aucune étude n'a été entreprise au Québec pour évaluer l'ampleur de ce phénomène.

Quelques études se sont également intéressées à la prévalence de l'intimidation³ dans le contexte sportif. Elles ont pour la plupart été menées auprès de jeunes athlètes. La proportion des adolescents qui rapportent une expérience d'intimidation dans le cadre de leur pratique sportive va de 14 % à 50 % [30–32,36,38]. Au Québec, les travaux menés par Gendron et ses collaborateurs indiquent que plus de 50 % des jeunes joueurs de soccer âgés de 12 à 17 ans ont été victimes d'intimidation verbale et physique au cours de l'année précédant l'étude [32]. Il semble que l'intimidation en sport soit également présente sous la forme d'agressions à connotation sexuelle, c'est-à-dire de harcèlement sexuel [28,76] ou d'agression sexuelle [28]. L'étude d'Alexander et ses collaborateurs a indiqué que 19,7 % des répondants ont été victimes d'au moins un comportement de harcèlement sexuel de la part d'un pair athlète au cours de leur pratique sportive avant l'âge de 16 ans. De plus, 1,9 % ont indiqué avoir vécu au moins une agression sexuelle de la part d'un pair athlète au cours de la même période [28]. Finalement, les agressions physiques entre les joueurs en situation de compétition ont également attiré l'attention des chercheurs au cours des dernières années, surtout dans le cadre de la pratique de certains sports comme le hockey sur glace et le soccer [3,32,77–81]. Une étude québécoise a entre autres indiqué qu'en moyenne 23 contacts physiques brutaux (mises en échec corporelles) surviennent par partie au sein d'une équipe de hockey bantam [79] et que le nombre moyen de transgressions aux règles (ex. : pousser, frapper, retenir, accrocher) dépassent 200 par match dans le hockey mineur [77]. Au soccer, 59 % des joueurs âgés de 12 à 17 ans ont déjà vécu des agressions physiques illégales (tacle⁴ dangereux, coup de poing et coup de coude) de la part d'un pair en compétition au cours de l'année précédant l'étude [32]. Plusieurs actes quasi criminels et criminels commis par des pairs athlètes sur le jeu ou en situation de match ont également été documentés dans la littérature [3]. Ils demeurent, pour la plupart, anecdotiques et issus du sport professionnel. Peu de données existent sur l'ampleur de l'ensemble des agressions physiques entre les joueurs en situation de compétition.

Violence perpétrée par un spectateur

Plusieurs études ont documenté le phénomène de la violence des foules [3,83–85]. Toutefois, peu d'entre elles se sont attardées à documenter la prévalence de cette forme de violence lorsqu'elle est dirigée spécifiquement vers les athlètes. Pourtant, ce phénomène semble assez fréquent. En effet, une étude écossaise réalisée auprès de 154 athlètes mineurs a montré que 43 % d'entre eux avaient déjà été la cible de comportements violents de la part d'un spectateur durant leur pratique sportive. Plus précisément, des adolescents ont rapporté avoir été injuriés (29 %), s'être fait crier des surnoms dégradants (24 %), avoir été la cible de moqueries (19,4 %) ou avoir vécu une agression physique (4,6 %), c'est-à-dire avoir reçu un coup de pied, avoir été frappé ou avoir reçu un crachat de la part d'un spectateur au cours de leur pratique sportive [86]. Une étude américaine a également révélé que les jeunes athlètes peuvent être victimes de comportements violents de la part des spectateurs. Entre autres, 43 % des jeunes ont indiqué s'être déjà fait taquiner et crier des injures par un spectateur durant leur pratique sportive, et 5 % ont relaté avoir déjà été attaqués physiquement [87]. Au Canada et au Québec, l'ampleur du phénomène demeure inconnue.

³ « Bullying is any unwanted aggressive behavior(s) by another youth or group of youths who are not siblings or current dating partners that involves an observed or perceived power imbalance and is repeated multiple times or is highly likely to be repeated. Bullying may inflict harm or distress on the targeted youth including physical, psychological, social or educational harm. Bullying occurs by using technology is considered electronic bullying » [75].

⁴ Au soccer, fait de bloquer avec le pied l'action de l'adversaire pour le déposséder du ballon [82].

Facteurs de risque

L'étude des facteurs de risque liés à la violence envers les athlètes en contexte sportif demande une analyse à la fois générale et spécifique. En effet, certains facteurs de risque sont communs aux diverses formes de violence et aux divers contextes où cette violence se produit. Par contre, certains facteurs de risque sont spécifiques à certaines formes. Les prochaines lignes présentent les facteurs de risque généraux et spécifiques de la violence interpersonnelle dans un contexte sportif, en fonction des niveaux du modèle écologique [15].

Individuels

Les rares études ayant porté sur le phénomène global de la violence vécue par les athlètes montrent que le genre, l'âge, le niveau sportif des athlètes (élite, non-élite) ainsi que l'appartenance à une minorité représentent des facteurs de risque individuels, indépendamment de l'auteur des gestes [12]. En effet, Vertommen et ses collaborateurs ont démontré que les athlètes appartenant à une minorité ethnique ou sexuelle (lesbiennes, gais, bisexuels [LGB]), les athlètes ayant un handicap ainsi que les athlètes de niveau plus élevé (international) ont vécu significativement plus de violence que les athlètes n'appartenant pas à ces groupes [12]. Les travaux d'Alexander et ses collaborateurs ont également permis de constater que le taux de victimisation augmente avec le niveau sportif [28]. Sur ce plan, il est toutefois difficile de savoir si les victimisations vécues par les athlètes de plus haut niveau sont survenues dans des niveaux de pratique plus précoces ou plus tardifs, et si cette différence est due à l'effet du temps (les athlètes de plus haut niveau sont généralement impliqués plus longtemps dans une structure sportive et peuvent ainsi avoir été davantage exposés). Les travaux d'Alexander et ses collaborateurs montre aussi que plus le niveau sportif atteint est élevé, plus l'entraîneur est responsable de la violence physique perpétrée à l'endroit des athlètes, ce qui n'est pas le cas pour les autres formes de violence, où les pairs athlètes demeurent les principaux auteurs. Toujours selon cette étude, l'entraîneur devient même le principal auteur de violence physique à partir d'un niveau de compétition national et international [28].

Le genre constitue également un facteur de risque, mais diffère en fonction de la forme de violence étudiée. Les résultats de Vertommen et ses collaborateurs ainsi que ceux d'Alexander et ses collaborateurs montrent que les garçons vivent plus de violence physique, et que les filles vivent plus de violence sexuelle. En ce qui concerne la violence psychologique, aucune différence significative n'a cependant été démontrée entre les filles et les garçons [12,28]. Un autre facteur de risque souvent discuté dans la littérature est celui de l'âge des sportifs. Pour certains auteurs, les jeunes constitueraient un groupe plus vulnérable à la violence dans ce contexte en raison de leur forte présence dans le milieu du sport organisé, mais aussi parce qu'ils sont dans une phase de vulnérabilité et de transition (dans le cas de l'adolescence) [88,89]. Toutefois, cette vulnérabilité n'a pas encore été démontrée empiriquement.

De façon plus spécifique, les données à l'égard de la violence perpétrée par un entraîneur montrent que le genre ne constitue pas un facteur de risque pour l'abus sexuel [8,28]. De plus, des récits d'athlètes féminines abusées permettent de mettre en lumière certains profils d'athlètes possiblement à risque, notamment ceux ayant une faible estime de soi, des troubles du comportement alimentaire et une très grande dépendance envers l'entraîneur [90,91]. En ce qui concerne la violence psychologique et physique commise par un entraîneur, il semble que le niveau sportif plus élevé constitue un facteur de risque associé à la violence psychologique [7], et que les sportifs plus jeunes seraient probablement plus à risque de subir de la violence physique [23].

Les facteurs de risque liés à l'individu sur le plan de la violence perpétrée par les pairs ont pour leur part été abordés dans les études sur le bizutage, l'intimidation ainsi que la violence physique en situation de compétition. Concernant le bizutage, certaines études ont démontré que les hommes étaient plus nombreux à en être victimes [69,71], tandis que d'autres n'ont pas démontré de différence entre les genres [67,70]. L'âge des athlètes est également un élément important à considérer, puisque les athlètes universitaires semblent vivre davantage de bizutage que les athlètes qui fréquentent une école secondaire [29].

Il semble également exister une grande variabilité dans les conclusions des études quant au type de sport pratiqué par les athlètes. Selon quelques études, les athlètes qui pratiquent un sport d'équipe où les contacts physiques sont autorisés (ex. : football, hockey, rugby) seraient les plus susceptibles de subir du bizutage [70,71,92]. Toutefois, ce résultat n'a pas été confirmé par d'autres études qui ont pour leur part indiqué que les athlètes qui pratiquent un sport sans contact étaient également à risque [29,67]. En ce qui concerne l'intimidation, les minorités sexuelles [93], les minorités ethniques [94] ainsi que les jeunes ayant un surplus de poids [95] seraient plus à risque de vivre de l'intimidation en contexte sportif. Aussi, certaines études indiquent que les garçons [32,96] seraient plus à risque d'être victimes d'intimidation que les filles, alors que des études récentes n'ont documenté aucune différence entre les deux sexes [30,31]. Le genre de l'entraîneur pourrait également avoir un lien avec les expériences d'intimidation chez les athlètes. En effet, avoir un entraîneur masculin serait associé à plus de victimisation chez les athlètes [31]. Toutefois, l'étude de Adler n'a pas confirmé ce résultat [30]. Enfin, le sport pratiqué ne semble pas influencer de manière spécifique les expériences d'intimidation entre les athlètes [30,31,96]. Pour terminer, la violence physique vécue en situation de compétition semble se manifester davantage chez les athlètes plus âgés, plus expérimentés et de niveau plus élevé [5,78,97,98]. Les conclusions quant au genre sur cette question semblent toutefois mitigées. Lorsque le genre des participants a été comparé, certaines études ont indiqué que les hommes étaient plus à risque [39,78,81]. L'étude de Gendron et ses collaborateurs a plutôt relevé un risque plus élevé chez les filles [32].

Relationnels

Sur le plan relationnel, il semble qu'une position de pouvoir d'une personne envers une autre soit au cœur du risque de victimisation en contexte sportif. La violence interpersonnelle peut ainsi se manifester au sein de la relation entre les entraîneurs et les athlètes [23,89,99,100], entre les recrues et les vétérans [17,101] ou encore entre athlètes dont certains ne correspondent pas aux normes sociales et culturelles du sport de façon générale ou du sport pratiqué en particulier [93-95]. Bref, les situations où il existe des relations de pouvoir asymétriques revêtent une grande importance dans l'analyse de la violence exercée en contexte sportif.

En outre, en ce qui a trait à la violence de la part d'un entraîneur, les écrits qui s'appuient sur des données qualitatives démontrent que le contrôle exercé par l'entraîneur sur la vie des athlètes (diètes, poids, sommeil, relations amoureuses, vie sociale, etc.) ainsi que la confiance extrême, voire aveugle des parents ou des athlètes eux-mêmes envers l'entraîneur, constituent des facteurs à considérer [23,90,102,103]. D'autres études ont également mis en lumière la présence de relations difficiles entre les parents et les athlètes, ainsi que le faible degré de surveillance parentale allant jusqu'à l'abandon du contrôle parental au profit de celui de l'entraîneur [90,104]. Certains auteurs ont même fait état d'une vulnérabilité accrue des athlètes lorsque ces derniers se retrouvent dans une situation où les parents ont investi des sommes importantes dans leur carrière et que plusieurs personnes « dépendent » de leur implication sportive et de leurs performances (ex. : commanditaires). Ce sentiment d'emprisonnement chez ces athlètes peut les mener à accepter ou à tolérer des situations de violence [27,105]. Enfin, la présence d'attentes irréalistes de performance de la part des entraîneurs ainsi que de piètres performances seraient également des facteurs de risque de violence physique et psychologique [23,100]. Sur le plan de la violence entre les athlètes, il semble qu'une dynamique de groupe négative au sein de l'équipe (leaders négatifs, relations conflictuelles, etc.) soit susceptible de donner naissance à des comportements d'intimidation dans le contexte sportif [37].

Organisationnels

Une multitude d'écrits ont soulevé l'importance de considérer les caractéristiques propres aux organisations sportives, ainsi que la façon dont est structuré le système sportif dans l'analyse des causes de la violence dans le contexte sportif [3,4,14,16,27,46,58,90,106,107]. Mountjoy et ses collaborateurs mentionnent que l'intérêt médiatique pour les athlètes, l'intensité de la pratique sportive, la relocalisation des jeunes à l'extérieur du milieu familial en raison des centres d'entraînement centralisés, des pratiques qui « nécessitent » la prise de mesures physiques, ainsi que la pratique d'initiations sportives et de bizutage sont des facteurs de risque organisationnels importants de la violence envers les jeunes athlètes [11]. D'autres auteurs ont également pointé du doigt l'utilisation ou l'imposition de charges d'entraînement excessives aux jeunes athlètes [26] ainsi que la spécialisation précoce ou hâtive [108] comme étant des facteurs augmentant la vulnérabilité aux diverses situations d'abus de la part de personnes en situation d'autorité dans le contexte sportif. Les auteurs notent également que les athlètes sont particulièrement vulnérables lorsque le sport pratiqué comporte de nombreuses occasions de se retrouver seul avec l'entraîneur (voyages sans supervision ou faible supervision, camps d'entraînement, douches, vestiaires, transport, séjours dans les hôtels, etc.) [90,100]. Smits et ses collaborateurs dressent également le portrait de certaines organisations sportives où l'accès aux parents est restreint, voire interdit, où peu d'explications leur sont données sur le cheminement de leur enfant, et où les liens des jeunes avec l'extérieur (relations sociales, etc.) sont restreints. Ce genre de milieu favorise une certaine forme d'isolement chez les jeunes sportifs à l'intérieur de la structure, les rendant ainsi plus vulnérables [102].

Plusieurs chercheurs font également état de facteurs associés aux mesures de prévention et de gestion des cas de violence au sein des organisations sportives. Ces études font état notamment du faible contrôle du personnel et de l'absence d'enquête lors du recrutement du personnel, d'une faible utilisation des codes d'éthique et de conduite nationaux et spécifiques au sport, ainsi que de l'absence relative de climat pour débattre des problématiques de violence [8,58,90,109–114]. Dans une étude ayant porté sur la prévention des abus sexuels dans les organisations sportives québécoises, Parent et Demers mentionnent un certain nombre de facteurs de risque : vision négative de la prévention, manque de formation et d'information du personnel, des bénévoles, des parents, des entraîneurs et des athlètes sur ces questions, manque de règles claires sur les limites de la relation entraîneur-athlète, faible leadership de l'organisation sportive dans le dossier, peu de filtrage à l'embauche, peu de règles sur la gestion du comportement des entraîneurs, absence ou incompréhension des mesures de gestion des cas, et manque de coordination entre les différentes instances impliquées dans la problématique [114]. Les règles du jeu de certains sports qui acceptent les contacts brutaux entre les joueurs (ex. : hockey, football, rugby, boxe) peuvent également contribuer à la présence de la violence physique entre les joueurs [5,115–117]. Les athlètes évoluant dans ces contextes apprennent donc à utiliser la violence, et ce, sans qu'une sanction soit nécessairement prononcée étant donné que le succès dans ces sports dépend pour certains de l'utilisation de ces contacts physiques brutaux (ex. : mise en échec corporelle, tacle dangereux, plaquage direct, coup de poing). Peu d'études ont tenté de comparer les sports entre eux. Toutefois, la communauté scientifique avance que les sports de collision, où les contacts physiques sont essentiels pour la réussite (ex. : boxe, arts martiaux), de même que les sports de contacts impliquant des contacts accessoires légaux (ex. : hockey sur glace, football, rugby) seraient les pratiques sportives les plus à risque [5,118].

Sur le plan du bizutage, il semble difficile de contrer et d'empêcher le phénomène lorsqu'il y a peu de contrôle des activités d'initiation par les acteurs du système sportif (entraîneurs, administrateurs sportifs, etc.), ou encore s'il y a peu de règles et de sanctions préétablies dans les organisations sportives et les institutions académiques [17,118,119].

Socioculturels

La normalisation et la tolérance de la violence en contexte sportif par les acteurs du système sportif, par les médias et par la population en général est le facteur de risque socioculturel le plus documenté dans le domaine jusqu'à maintenant, et ce, pour l'ensemble des formes de violence [5,8,10,23,28,29,41,71,117,120,121]. Par exemple, des études démontrent la normalisation de la violence sexuelle et des relations sexuelles entre entraîneurs et athlètes mineurs [8,19,20,65]. D'autres ont observé la normalisation – par les parents, les athlètes, l'équipe médicale, les administrateurs sportifs, ainsi que les entraîneurs eux-mêmes – de l'usage de la violence psychologique par les entraîneurs [100,103,120,122]. Pinheiro et ses collaborateurs ont également documenté une certaine normalisation et une tolérance de la violence physique provenant d'un entraîneur, à la fois chez les parents et chez les athlètes [23]. Waldron a pour sa part démontré que dans les équipes sportives où le bizutage est perçu comme étant la norme, les athlètes sont plus exposés à cette forme de rituel [29], tandis que de nombreux ouvrages ont fait état de la normalisation/tolérance de la violence entre les joueurs en situation de match [3–5,115,117,123]. La violence entre les joueurs sur le jeu n'est pas toujours vue ou perçue comme de la « vraie » violence, car elle est inhérente à plusieurs sports (ex. : boxe, rugby, hockey, lutte, football) et est vue comme un moyen d'intimider, de gagner et de développer la masculinité et le caractère [107,124–126].

Cette normalisation peut s'expliquer de diverses façons. Parmi les mécanismes socioculturels pouvant expliquer la violence en contexte sportif, certaines théories et approches sont souvent citées dans les divers écrits à ce sujet. Il s'agit de la théorie de l'apprentissage social [127,128], celle du sport comme sous-culture violente (Atkinson et Young, 2008) ainsi que celle du *Sport Ethic* [44]. Bien qu'ayant chacune des limites connues [3], ces théories et approches permettent de mettre en évidence que les athlètes sont socialisés dans un milieu où les participants sont parfois appelés à apprendre des tactiques violentes, et où la violence est utilisée et acceptée par divers acteurs influents [5,107,117]. Il semble en effet que l'approbation de comportements violents de la part des entraîneurs, des parents, des coéquipiers ainsi que des spectateurs favoriserait la survenue de la violence sur le jeu [4,107,117,129,130]. De plus, les athlètes vivent dans un environnement où des situations autrement considérées comme violentes ou anormales sont parfois justifiées par la nécessité de performance ou de résultats [44,46]. Cette importance accordée à la victoire et aux résultats est en effet souvent citée comme un facteur contribuant à la reproduction de la violence envers les athlètes dans le contexte sportif [27].

Dans le milieu sportif, il semble que l'on s'attende en effet à ce que les athlètes performant, mais on s'attend également à ce que leur comportement en entraînement et en compétition respecte certains standards. Hughes et Coakley ont documenté la présence – chez les athlètes ainsi que chez ceux qui gravitent dans le contexte sportif (parents, entraîneurs, etc.) – de quatre éléments qui caractérisent ce que l'on s'attend d'un athlète, à savoir : 1) qu'il se sacrifie pour le sport et son équipe; 2) qu'il se distingue; 3) qu'il accepte les risques liés à sa pratique (ex. : blessures); 4) qu'il refuse d'accepter ses limites dans la poursuite de la victoire [44]. D'autres auteurs ont pour leur part démontré que le respect de l'autorité, le contrôle de la vie des athlètes, la conscience de la hiérarchie et l'obéissance aux demandes des entraîneurs sont des situations communes et valorisées au sein de la pratique sportive [27,29,102,120,131,132], et constituent des conditions pour l'oppression et la violence.

Il n'est donc pas surprenant de voir qu'il existe un certain « code du silence » entourant la victimisation [23,71,102,113], et qu'il existe en quelque sorte une culture de dépendance et d'obéissance des athlètes envers l'entraîneur [102]. Des entraîneurs utilisent en effet des techniques pour maintenir l'obéissance, comme l'isolement de l'athlète de son milieu social externe au sport (famille, amis), la régulation du corps des jeunes athlètes (comment gérer les blessures et apprivoiser la douleur, contrôle du poids, etc.) et l'intimidation (climat de peur face à l'entraîneur, menaces pour faire ce qu'il demande, etc.) [102]. De par leur double position d'athlète et d'enfant, les jeunes sportifs ont souvent peu de pouvoir et sont donc particulièrement vulnérables [27,132,133]. Selon certains chercheurs, l'intérêt et le bien-être des jeunes sportifs peuvent devenir secondaires en comparaison avec ce qu'ils peuvent « apporter » à l'organisation sportive et au système sportif en général [27,120].

Certains vont même jusqu'à avancer que le système sportif actuel ne protège pas suffisamment les jeunes sportifs, en particulier les jeunes sportifs d'élite, et que des mécanismes devraient être mis en place pour favoriser leur santé, leur sécurité et le respect de leurs droits [14,27,132–135].

Conséquences

Les conséquences de la violence interpersonnelle en contexte sportif sont très peu documentées [89]. Par contre, sachant que la maltraitance envers les enfants [136–138], l'intimidation [139–145], le bizutage [68,146] ainsi que la violence à laquelle sont exposés les jeunes de façon générale [147] engendrent des conséquences importantes sur la santé physique et mentale des victimes, il est aisé de croire que les athlètes victimes de violence dans le contexte du sport vivront également de telles conséquences.

Santé mentale

Sur le plan des conséquences de la violence sur la santé mentale, des études avec devis qualitatifs constituent les principales sources d'information dont nous disposons à l'heure actuelle. Ces études ont répertorié les conséquences rapportées par des athlètes ayant vécu de la violence en contexte sportif, plus particulièrement de la violence psychologique ou sexuelle ainsi que du bizutage. Dans le cas de la violence sexuelle, les athlètes rapportent des conséquences comme une diminution de l'estime de soi, de la colère, de l'irritabilité, de la confusion, de l'anxiété, une mauvaise image corporelle, un sentiment de culpabilité, un sentiment dépressif, de la solitude, un manque de confiance envers les autres, ainsi que des idées suicidaires [148,149]. Des récits anecdotiques font également état de problèmes de consommation d'alcool et de drogue, ainsi que de problèmes de jeu suite à des abus sexuels commis par un entraîneur [150,151]. Fasting et ses collaborateurs rapportent également que les conséquences du harcèlement sexuel vécu par les athlètes féminines ayant participé à leur étude semblent être plus sévères lorsque le harcèlement provient d'une figure d'autorité dans le sport (ex. : entraîneur) [149]. La violence psychologique de la part d'un entraîneur semble également entraîner des conséquences importantes chez les athlètes qui en sont victimes. Mentionnons en particulier la colère, un faible sentiment d'efficacité personnelle, une faible estime de soi, de l'anxiété, une mauvaise image corporelle, un manque de confiance ainsi qu'un sentiment d'humiliation, de dépression et de dépréciation [7,122]. Les conséquences associées à une expérience de bizutage dans le sport ont également été documentées (faible estime de soi, anxiété, dépression, difficulté à se concentrer, difficulté à dormir, culpabilité, comportements suicidaires) [68]. Finalement, une étude a également fait état des conséquences reliées à la violence vécue par les athlètes de la part des spectateurs. Certains ont déclaré avoir eu peur, avoir été en colère et s'être sentis embarrassés et intimidés par ces derniers [86].

Santé physique

La violence en contexte sportif peut également entraîner des conséquences sur la santé physique des athlètes. En effet, la poursuite forcée de la pratique sportive malgré la présence d'une blessure, une agression physique en situation de compétition ou encore une situation de bizutage peuvent engendrer des blessures ou encore aggraver une blessure [23,68,152]. L'utilisation de punitions corporelles et de violence physique par une personne en position d'autorité est également susceptible d'entraîner des conséquences d'ordre physique. Nous n'avons toutefois répertorié aucune étude ayant fait un lien direct entre ces formes de violence et les conséquences physiques associées. Malgré l'absence d'études sur la négligence en contexte sportif, Mountjoy et ses collaborateurs suggèrent tout de même que des comportements négligents de la part de personnes en position d'autorité dans le sport peuvent entraîner des conséquences telles que des blessures récurrentes, des accidents ayant pu être évités, de la malnutrition, des problèmes de comportement alimentaire, de la déshydratation ou même la mort [89].

Même si les agressions physiques entre les joueurs en situation de compétition ne sont pas nécessairement toujours perçues comme une forme de violence, nombreux sont les travaux qui font le lien entre leur présence et une incidence plus élevée de blessures. En effet, parmi les principaux mécanismes de blessure étudiés dans les sports, des contacts physiques brutaux (ex. : mise en échec corporelle, plaquage, coup de poing) ressortent comme étant les plus importants dans certains sports de combat (ex. : boxe, arts martiaux) et de contacts (ex. : hockey sur glace, rugby, soccer, football), surtout chez les jeunes athlètes [152–156]. Les agressions physiques illégales entre les joueurs sont également à l'origine de plusieurs blessures, peu importe la nature du sport pratiqué [157]. Plus précisément, Collins et ses collaborateurs indiquent qu'elles sont responsables de 6,4 % de l'ensemble des blessures répertoriées durant les compétitions de jeunes athlètes pratiquant différents sports [157]. Par ailleurs, considérant le risque très élevé de blessures chez les jeunes athlètes en période de croissance, certaines organisations nationales de santé se sont prononcées pour suggérer la modification de la réglementation de certains sports qui autorisent des contacts physiques brutaux, notamment le hockey sur glace et la boxe [158,159].

Prévention

Les initiatives visant la prévention de la violence envers les athlètes en contexte sportif se sont multipliées au cours des dernières années [58]. Au Canada, diverses initiatives ont notamment porté sur l'éthique dans la pratique sportive, comme la Stratégie pour l'éthique dans le sport de Sport Canada [160], l'initiative Sport pur [161], le volet « Prise de décisions éthiques » du Programme national de certification des entraîneurs [162] ou le mouvement « Entraînement responsable » de l'Association canadienne des entraîneurs et du Centre canadien pour l'éthique dans le sport [163]. D'autres initiatives ont plutôt porté sur la problématique spécifique de la violence en contexte sportif, notamment le programme Respect et sport qui offre de la formation en ligne aux entraîneurs, aux bénévoles et aux parents [164], ainsi que le programme *Dis-le!* de Hockey Canada qui vise à prévenir l'intimidation, le harcèlement et les mauvais traitements au hockey [165]. Des initiatives ont également émané du système sportif québécois, par exemple la mise en ligne de la plateforme Web SportBienÊtre visant à informer et à sensibiliser les acteurs du milieu sportif à la violence interpersonnelle dans ce contexte [166], ainsi que la création de l'organisme Sport'Aide qui vise à assurer un leadership dans la mise en œuvre d'initiatives favorisant le maintien d'un environnement sportif sain, sécuritaire et harmonieux pour les jeunes sportifs du Québec [167]. D'autres initiatives plus ciblées sont également présentes au Québec, que ce soit pour combattre l'homophobie dans le sport [168] ou la violence au hockey mineur [169,170]. Les instances gouvernementales québécoises ont également publié divers documents sur les questions relatives au harcèlement et aux agressions sexuelles en contexte sportif [171–174]. Il faut également savoir que le Québec possède une Loi sur la sécurité dans les sports, laquelle a été créée pour veiller à ce que la sécurité et l'intégrité des personnes dans les sports soient assurées [175]. Le sport est également inclus dans les plans d'action québécois en matière de lutte à l'intimidation, à l'homophobie et aux agressions sexuelles [176–178].

Certaines initiatives ont été évaluées de façon empirique. Par exemple, le programme Franc-Jeu (*Fair-Play*) [169] vise à diminuer le nombre d'infractions et l'incidence des comportements violents dans le hockey mineur par la mise en place d'un système de classification des points au classement général. L'efficacité de ce programme a été évaluée par le gouvernement du Québec, et les résultats de l'évaluation montrent que Franc-Jeu peut être considéré comme un outil efficace pour promouvoir les valeurs saines du sport, mais qu'il ne semble pas contribuer à réduire la fréquence des transgressions des règles [77]. D'autre part, l'évaluation de la formation « Respect et sport », réalisée auprès de 1 091 entraîneurs, montre que les participants perçoivent que le programme a eu un impact sur leurs pratiques en lien avec les principales thématiques de la formation [179]. Pour ce qui est de la formation « Prise de décisions éthiques » du Programme national de certification des entraîneurs, Stirling et ses collaborâtes ont observé que la vaste majorité des entraîneurs interviewés ayant complété la formation se disaient satisfaits de la formation et rapportaient que cette dernière avait eu des répercussions sur leurs prises de décisions. Toutefois, les entraîneurs ont précisé que le module bénéficierait de l'addition de plus de contenu informatif sur les divers types de dilemmes éthiques [180]. Dans une seconde phase de l'étude, 3 742 entraîneurs ont rempli un questionnaire en ligne au sujet de la formation.

Les résultats indiquent que les dilemmes éthiques les plus rencontrés par les entraîneurs sont en lien avec l'esprit sportif (92,1 %), la maltraitance des athlètes (78 %) et l'équité (77 %). Finalement, 86,3 % des entraîneurs désirent avoir plus d'informations sur la maltraitance des athlètes, 71,5 % sur le dopage et 69,2 % sur les problématiques relatives à la santé et à la sécurité [180]. Bien que certaines initiatives aient vu le jour et que d'autres ont même été évaluées, encore trop peu d'évaluations robustes des programmes et des interventions existent à ce jour, que ce soit au Québec, au Canada ou ailleurs [181].

Parent et El Hlimi ont analysé le contexte du sport au Québec afin de tenter de mieux comprendre les problèmes et les défis au regard de la protection des jeunes athlètes en matière de violence. Ils font état des constats suivants, à savoir qu'une attention plus grande devrait être portée à la protection des jeunes dans le contexte sportif, à la fois par les instances responsables du sport et par les instances de protection de l'enfance, et qu'il existe des mécanismes utiles (ex. : Loi sur la sécurité dans les sports) ainsi que des leviers intéressants pour agir (ex. : règles d'attribution du financement gouvernemental aux fédérations sportives) afin de mieux protéger les jeunes sportifs, mais que ces mécanismes et moyens sont sous-utilisés [182].

Afin de mieux prévenir le phénomène de la violence envers les sportifs, plusieurs experts ont suggéré des pistes intéressantes. Entre autres, plusieurs reconnaissent la nécessité de dresser un portrait exhaustif de la violence vécue en contexte sportif par les athlètes [58,88,89,182]. Ces données permettront de baser les interventions subséquentes sur des données probantes [183,184]. Actuellement, nous n'avons pas ce portrait au Québec et au Canada. D'autres suggestions incluent des interventions plus spécifiques sur le plan législatif et des droits de l'homme, comme de mieux encadrer la pratique des enfants athlètes d'élite (ex. : limitation du nombre d'heures de pratique), de créer un règlement international visant spécifiquement à protéger les droits des enfants athlètes d'élite, ainsi que de mettre en place un ombudsman des athlètes [27,132–135]. Au Québec, Parent, Redmond-Morissette et El Hlimi ont développé un cadre québécois de prévention de la violence envers les jeunes athlètes [185]. En se basant sur l'analyse de la littérature et utilisant l'approche de l'intervention ciblée [186], Parent et ses collaborateurs ont souligné l'importance d'agir à la fois sur les facteurs comportementaux et environnementaux à la base de la violence envers les jeunes en contexte sportif. Ce cadre suggère des actions autant pour les athlètes, les parents, les entraîneurs, les administrateurs sportifs que pour les décideurs publics, les instances de protection de la jeunesse et la population en général [185]. Aux niveaux individuel et relationnel, il ressort de leur analyse qu'il est important de : a) amener les intervenants sportifs à utiliser des méthodes d'entraînement et d'encadrement saines et sécuritaires qui respectent le développement des jeunes; b) créer des conditions favorables au dévoilement de gestes de violence; c) créer un environnement sain offrant du soutien sans pressions excessives; d) promouvoir un climat de pratique axé sur une approche démocratique (*empowerment*). Aux niveaux organisationnel et social, il apparaît important de : a) amener les organisations sportives, les décideurs publics et la communauté sportive et de protection de la jeunesse à s'intéresser au problème de la violence afin de mieux le comprendre, le prévenir et le gérer; b) valoriser la non-violence dans le sport.

Références

- [1] Dunning E. *Sport matters: Sociological studies of sport, violence, and civilization*. Londres, Royaume-Uni : Routledge, 1999.
- [2] Young K. « Five and a Half Myths about North American Sports Crowd Disorder ». In : Donnelly P (éd.). *Tak. Sport Seriously Soc. Issues Can. Sport*. Toronto, Canada : Thompson Educational Publishing, 2011. p. 108–112.
- [3] Young K. *Sport, violence and society*. New York, NY : Routledge, 2012.
- [4] Coakley J., Donnelly P. *Sports in society: Issues and controversies (2nd canadian edition)*. Toronto, Canada : McGraw-Hill Ryerson, 2009.
- [5] Smith M. D. *Violence and sport*. Toronto, Canada : Butterworths, 1983.
- [6] Fasting K. et collab. « Sexual harassment in sport toward female in three European countries ». *Int. Rev. Sociol. Sport* [En ligne]. 2011. Vol. 46, p. 76–89. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1177/1012690210376295>
- [7] Gervis M., Dunn N. « The emotional abuse of elite child athletes by their coaches ». *Child Abuse Rev.* 2004. Vol. 13, p. 215–223.
- [8] Parent S. et collab. « Sexual Violence Experienced in the Sport Context by a Representative Sample of Quebec Adolescents ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. 2015. p. 1–21. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1177/0886260515580366>
- [9] Stafford A., Alexander K., Fry D. « Playing through pain: Children and young people's experiences of physical aggression and violence in sport ». *Child Abuse Rev.* 2013. Vol. 22, n°4, p. 287–299.
- [10] Stirling A. E., Kerr G. A. « Defining and categorizing emotional abuse in sport ». *Eur. J. Sport Sci.* 2008. Vol. 8, p. 173–181.
- [11] Mountjoy M. et collab. « Safeguarding the child athlete in sport: a review, a framework and recommendations for the IOC youth athlete development model ». *Br. J. Sports Med.* 2015. Vol. 49, p. 883–886.
- [12] Vertommen T. et collab. « Interpersonal violence against children in sport in the Netherlands and Belgium. » *Child Abuse Negl.* 2016. Vol. 51, p. 223–236.
- [13] Raakman E., Dorsch K., Rhind D. « The development of a typology of abusive coaching behaviours within youth sport ». *Int. J. Sports Sci. Coach.* 2010. Vol. 5, n°4, p. 503–515.
- [14] Brackenridge C. et collab. *Protecting Children from Violence in Sport: A review with a focus on industrialized countries*. UNICEF Innocenti Research Centre, 2010.
- [15] Krug E. G. et collab. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002.
- [16] Stirling A. E. « Definition and constituents of maltreatment in sport: Establishing a conceptual framework for research practitioners ». *Br. J. Sports Med.* 2009. Vol. 43, p. 1091–1099.
- [17] Crow R. B., Macintosh E. W. « Conceptualizing a meaningful definition of hazing in sport ». *Eur. Sport Manag. Q.* 2009. Vol. 9, p. 433–451.
- [18] Fasting K., Chroni S., Knorre N. « The experiences of sexual harassment in sport and education among European female sports science students ». *Sport Educ. Soc.* 2014. Vol. 19, p. 115–130.
- [19] Leahy T., Pretty G., Tenenbaum G. « Prevalence of sexual abuse in organised competitive sport in Australia ». *J. Sex. Aggress.* [En ligne]. 2002. Vol. 8, p. 16–36. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1080/13552600208413337>
- [20] Toftegaard Nielsen J. « Intimate relations and sexual abuse in Danish sport ». In : Brackenridge C, Rhind D (éd.). *Elite Child Athlete Welf. Int. Perspect.* Londres, Royaume-Uni : Brunel University Press, 2010. p. 93–100.
- [21] Owusu-Sekyere F., Gervis M. « Is creating mentally tough players a masquerade for emotional abuse ? ». In : Rhind D, Brackenridge C (éd.). *Res. Enhancing Athlete Welf.* Londres, Royaume-Uni : Brunel University Press, 2014. p. 44–48.
- [22] Stirling A. E., Kerr G. A. « Safeguarding athletes from emotional abuse ». In : Lang M, Hartill M (éd.). *Safeguarding Child Prot. Abuse Sport Int. Perspect. Res. Policy Pract.* Londres, Royaume-Uni : Routledge, 2015. p. 143–152.
- [23] Pinheiro M. C. et collab. « Gymnastics and child abuse: an analysis of former international Portuguese female artistic gymnasts ». *Sport Educ. Soc.* 2014. Vol. 19, n°4, p. 435–450.
- [24] Kerr G. A. « Physical and emotional abuse of elite child athletes: The case of forced physical exertion ». In : Brackenridge C, Rhind D (éd.). *Elite Child Athlete Welf. Int. Perspect.* Londres, Royaume-Uni : Brunel University Press, 2010. p. 41–50.
- [25] McPherson L. et collab. « Secrecy Surrounding the Physical Abuse of Child Athletes in Australia ». *Aust. Soc. Work* [En ligne]. 2016. p. 1–12. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/0312407X.2016.1142589>
- [26] Oliver J., Lloyd R. S. « Physical training as a potential form of abuse. » In : Lang M, Hartill M (éd.). *Child Safeguarding Prot. Abuse Int. Perspect. Res. Policy Pract.* Londres, Royaume-Uni : Routledge, 2015. p. 163–171.
- [27] David P. *Human rights in youth sport: A critical review of children's rights in competitive sports*. Londres, Royaume-Uni : Routledge, 2005.
- [28] Alexander K., Stafford A., Lewis R. *The experiences of children participating organised sport in the UK*. Londres, Royaume-Uni : NSPCC, 2011.

- [29] Waldron J. J. « Predictors of Mild Hazing, Severe Hazing, and Positive Initiation Rituals in Sport ». *Int. J. Sports Sci. Coach.* 2015. Vol. 10, n°6, p. 1089–1101.
- [30] Adler A. L. An examination into bullying in the adolescent sport context (mémoire non publié). [En ligne]. Queen's University, Kingston, Canada : 2014. Disponible sur : <http://qspace.library.queensu.ca/handle/1974/12496>
- [31] Evans B. et collab. « Bullying Victimization and Perpetration Among Adolescent Sport Teammates ». *Pediatr. Exerc. Sci.* 2016. Vol. 28, n°2, p. 296–303.
- [32] Gendron M. et collab. « Comportements d'intimidation et de violence dans le soccer amateur au Québec: La situation des joueurs et des joueuses de 12 à 17 ans inscrits dans un programme sport-études ». *Int. J. Violence Sch.* 2011. Vol. 12, p. 90–111.
- [33] Elendu I. C., Umeakuka O. A. « Perpetrators of sexual harassment experienced by athletes in southern Nigerian universities ». *South Afr. J. Res. Sport Phys. Educ. Recreat.* 2011. Vol. 33, n°1, p. 53–64.
- [34] Kirby S., Wintrup G. « Running the gauntlet: An examination of initiation/hazing and sexual abuse in sport ». In : Brackenridge C, Fasting K (éd.). *Sex. Harass. Abuse Sport Int. Res. Policy Perspect.* Londres, Royaume-Uni : 2002.
- [35] Rintaugu E. G. et collab. « The forbidden acts: prevalence of sexual harassment among university female athletes ». *Afr. J. Phys. Health Educ. Recreat. Dance.* 2014. Vol. 20, n°3, p. 974–990.
- [36] Collot D'Escury A., Dudink A. « Bullying beyond school: examining the role of sport. Dans ». In : Jimerson S, Swearer S, Espalage D (éd.). *Handb. Bullying Int. Perspect.* New York, NY : Routledge, 2010. p. 235–248.
- [37] Shannon C. S. « Bullying in recreation and sport settings: Exploring risk factors, prevention efforts, and intervention strategies ». *J. Park Recreat. Adm.* 2013. Vol. 31, n°1, p. 15–33.
- [38] Volk A. A., Lagzdins L. « Bullying and victimization among adolescent girl athletes ». *Athl. Insight.* 2009. Vol. 11, n°1, p. 12–25.
- [39] Coulomb G., Rascal O., Pfister R. « Comportements d'agression et motifs de participation en sport collectif: influence du sexe et du type de pratique ». *STAPS Sci. Tech. Act. Phys. Sport.* 1999. Vol. 49, p. 33–46.
- [40] Nicholson M., Hoye R. « Contextual factors associated with poor sport spectator behaviour ». *Manag. Leis.* 2005. Vol. 10, p. 94–105.
- [41] Spaaij R. « Sports crowd violence: an multidisciplinary synthesis ». *Aggress. Violent Behav.* 2014. Vol. 19, p. 146–155.
- [42] Tiffany K. « Cheering speech at state university athletic events: How do you regulate bad spectator sportsmanship ». *Sports Lawyers J.* 2007. Vol. 14, p. 111–136.
- [43] McPherson L. et collab. « Children's Experience of Sport: What Do We Really Know? » *Aust. Soc. Work* [En ligne]. 2016. Vol. 69, n°3, p. 348–359. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1080/0312407X.2015.1055508>
- [44] Hughes R., Coakley J. « Positive deviance among athletes: The implications of overconformity to the sport ethic ». *Sociol. Sport J.* 1991. Vol. 8, p. 307–325.
- [45] Pike E., Scott A. « Safeguarding, injuries and athlete choice. Dans ». In : Lang M, Hartill M (éd.). *Safeguarding Child Prot. Abuse Sport.* Londres, Royaume-Uni : Routledge, 2015. p. 172–180.
- [46] Atkinson M., Young K. *Deviance and social control in sport.* Champaign, IL : Human, 2008.
- [47] Loland S., Skirstad B., Waddington I. *Pain and injury in sport: social and ethical analysis.* Londres, Royaume-Uni : Routledge, 2006.
- [48] Malcom N. L. « "Shaking it off" and "Toughing it out": Socialization to pain and injury in girls' softball ». *J. Contemp. Ethnogr.* 2006. Vol. 35, n°5, p. 495–525.
- [49] Bratland-Sanda S., Sundgot-Borgen J. « Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment ». *Eur. J. Sport Sci.* 2013. Vol. 13, n°5, p. 499–508.
- [50] Joy E., Jussman A., Nativ A. « 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with focus on clinical assessment and management ». *Br. J. Sports Med.* 2016. Vol. 50, p. 154–162.
- [51] Sundgot-Borgen J., Torstveit M. K. « Aspects of disordered eating continuum in elite highintensity sports ». *Scand. J. Med. Sci. Sports.* 2010. Vol. 20, n°2, p. 112–121.
- [52] Calfee R., Fadale P. « Popular ergogenic drugs and supplements in young athletes ». *Pediatrics.* 2006. Vol. 117, n°3, p. 577–589.
- [53] DiFiori J. P. et collab. « Overuse injuries and burnout in youth sports: a position statement from the American Medical Society for Sports Medicine ». *Br. J. Sports Med.* 2014. Vol. 48, n°4, p. 287–288.
- [54] McEwen K., Young K. « Ballet and pain: reflections on a risk-dance culture ». *Qual. Res. Sport Exerc. Health.* 2011. Vol. 3, n°2, p. 152–173.
- [55] Pope H. G. et collab. « Adverse health consequences of performance-enhancing drugs: an Endocrine Society scientific statement ». *Endocr. Rev.* [En ligne]. 2014. Vol. 35, n°3, p. 341–375. Disponible sur : <https://doi.org/10.1210/er.2013-1058>
- [56] Tanner S. M., Miller D. W., Alongi C. « Anabolic steroid use by adolescents: Prevalence, motives, and knowledge of risks ». *Clin. J. Sport Med.* 1995. Vol. 5, p. 108–115.
- [57] Goldberg L. et collab. « The Adolescents Training and Learning to Avoid Steroids (ATLAS) prevention program. Background and results of a model intervention ». *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* juillet 1996. Vol. 150, n°7, p. 713–721.
- [58] Lang M., Hartill M. *Safeguarding, child protection and abuse in sport : International perspectives in research, policy and practice.* Londres, Royaume-Uni : Routledge, 2015.
- [59] Décamps G. et collab. *Study of sexual violence sport in France: Context and psychological impacts.* 2009.

- [60] Fasting K., Brackenridge C., Sundgot-Borgen J. « Experiences of sexual harassment and abuse among Norwegian elite female athletes and non athletes ». *Res. Q. Exerc. Sport* [En ligne]. 2003. Vol. 74, p. 84–97. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1080>
- [61] Fasting K., Brackenridge C., Sundgot-Borgen J. « Prevalence of sexual harassment among Norwegian female elite athletes in relation to sport type ». *Int. Rev. Sociol. Sport* [En ligne]. 2004. Vol. 39, p. 373–386. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1177>
- [62] Gündüz N., Sunay H., Koz M. « Incidents of sexual harassment in Turkey on elite sportswomen ». *Sport J.* 2007. Vol. 10, p. 1–10.
- [63] Sveta Sand T. et collab. « Coaching behavior: any consequences for the prevalence of sexual harassment? ». *Int. J. Sports Sci. Coach.* 2011. Vol. 6, n°2, p. 229–241.
- [64] Van Niekerk R. L., Rzygula R. « The perceptions and occurrence of sexual harassment among male student athletes with male coaches ». *Afr. J. Phys. Health Educ. Recreat. Dance.* 2010. Vol. 10, p. 49–62.
- [65] Toftegaard Nielsen J. « The forbidden zone: Intimacy, sexual relations and misconduct in the relationship between coaches and athletes ». *Int. Rev. Sociol. Sport* [En ligne]. 2001. Vol. 36, p. 165–182. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1177/101269001036002003>
- [66] Gouvernement du Canada. Code criminel canadien. [En ligne]. 2016. Disponible sur : lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/page-80.html
- [67] Gershel J. C. et collab. « Hazing of suburban middle school and high school athletes ». *J. Adolesc. Health.* 2003. Vol. 32, n°5, p. 333–335.
- [68] Hoover N. C., Pollard N. Initiations rites in American High school: a national survey. [En ligne]. Alfred University and Reidman Insurance Co, 2000. Disponible sur : http://www.alfred.edu/hs_hazing/docs/hazing_study.pdf
- [69] Allan E. J., Madden M. Hazing in view: College students at risk. Initial findings from the national study of student hazing. [En ligne]. University of Maine, 2008. Disponible sur : http://www.stophazing.org/wp-content/uploads/2014/06/hazing_in_view_web1.pdf
- [70] Hamilton R. et collab. « An examination of the rookie hazing experiences of university athletes in Canada ». *Can. J. Soc. Res.* 2013. Vol. 3, n°1, p. 48.
- [71] Hoover N. C. National survey : Initiation rites and athletics for NCAA sports teams. [En ligne]. Alfred University and Reidman Insurance Co, 1999. Disponible sur : http://www.alfred.edu/sports_hazing/docs/hazing.pdf
- [72] Bryshun J., Young K. « Sport-related hazing: An inquiry into male and female involvement ». In : White P, Young K (éd.). *Sport Gen. Can.* Don Mills, Canada : Oxford University Press, 1999. p. 267–292.
- [73] Clayton B. « Initiate: Constructing the ‘reality’ of male team sport initiation rituals ». *Int. Rev. Sociol. Sport* [En ligne]. 2013. Vol. 48, n°2, p. 204–219. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1012690211432659>
- [74] Lajeunesse S. L. L'épreuve de la masculinité. Sport, rituels et homophobie. Paris, France : HetO éditions, 2008.
- [75] Gladden R. M. et collab. *Bullying surveillance among youths uniform definitions for public health and recommended data elements.* Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention, 2014.
- [76] Brackenridge C. *Spoilsports: Understanding and preventing sexual exploitation in sport.* Londres, Royaume-Uni. Londres, Royaume-Uni : Routledge, 2001.
- [77] Brunelle J.-P., Goulet C., Arguin H. « Promoting respect for the rules and injury prevention in ice hockey: evaluation of the fair-play program ». *J. Sci. Med. Sport.* 2005. Vol. 8, n°3, p. 294–304.
- [78] Coulomb-Cabagno G., Rasclé O. « Team sports players' observed aggression as a function of gender, competitive level, and sport type ». *J. Appl. Soc. Psychol.* 2006. Vol. 36, n°8, p. 1980–2000.
- [79] Goulet C. et collab. « The Incidence and Types of Physical Contact Associated with Body Checking Regulation Experience in 13–14 Year Old Ice Hockey Players ». *Int. J. Environ. Res. Public. Health.* 2016. Vol. 13, n°7, p. 668.
- [80] Malenfant S. et collab. « The incidence of behaviours associated with body checking among youth ice hockey players ». *J. Sci. Med. Sport.* 2012. Vol. 15, n°5, p. 463–467.
- [81] Vaez Mousavi S. M., Shojaie M. « Frequencies of Aggressive Behaviors in Win, Lose, and Tie Situations ». *Int. J. Appl. Sports Sci.* 2005. Vol. 17, n°1, p. 42–50.
- [82] Larousse. « Tacle ». In : *Petit Larousse Illus.* Paris : Larousse, 2008.
- [83] Guschwan M. « Riot in the curve: Soccer fans in twenty-first century Italy ». *Soccer Soc.* 2006. Vol. 7, n°2, p. 250–266.
- [84] Redhead S. « Firms, crews and soccer thugs: The slight return of the football hooligan ». In : Atkinson M, Young K (éd.). *Tribal Play Subcultural Journeys Sport.* Bingley, Royaume-Uni : Emerald, 2008. p. 67–82.
- [85] Spaaij R. « Football hooliganism in the Netherlands: Patterns of continuity and change ». *Soccer Soc.* 2006. Vol. 7, n°2, p. 316–334.
- [86] Children 1st. *Spectator behaviour in sport: a study of the impact on children and young people.* [En ligne]. Glasgow, UK : Children 1st, 2012. Disponible sur : <https://emduk.org/wp-content/uploads/2016/07/Sideline-bad-behaviour-report.pdf?x49114>
- [87] Shields D. et collab. « The sport behaviour of youth, parents and coaches ». *J. Res. Character Educ.* 2005. Vol. 3, n°1, p. 43–59.
- [88] Bergeron M. F. et collab. « International Olympic Committee consensus statement on youth athletic development ». *Br J Sports Med* [En ligne]. 2015. Vol. 49, n°13, p. 843–851. Disponible sur : <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094962>

- [89] Mountjoy M. et collab. « The IOC Consensus Statement: harassment and abuse (non-accidental violence) in sport ». *Br J Sports Med* [En ligne]. 2016. p. bjsports-2016-096121. Disponible sur : <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096121>
- [90] Cense M., Brackenridge C. « Temporal and developmental risk factors for sexual harassment and abuse in sport ». *Eur. Phys. Educ. Rev.* 2001. Vol. 7, n°1, p. 61–79.
- [91] Sundgot-Borgen J. et collab. « Sexual harassment and eating disorders in female elite athletes – a controlled study ». *Scand. J. Med. Sci. Sports.* 2003. Vol. 13, n°5, p. 330–335.
- [92] Waldron J. J., Kowalski C. L. « Crossing the line: Rites of passage, team aspects, and ambiguity of hazing ». *Res. Q. Exerc. Sport.* 2009. Vol. 80, n°2, p. 291–302.
- [93] Demers G. « Homophobia in sport: Fact of life – Taboo subject ». In : Roberston S (éd.). *Tak. Lead Strateg. Solut. Femal Coach.* Saskatoon, Canada : University of Alberta Press, 2006. p. 73–96.
- [94] Jarvie G. *Sport, racism and ethnicity.* New York, NY : Routledge, 2003.
- [95] Storch E. A. et collab. « Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: comparison of intensive and weekly approaches ». *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* [En ligne]. 2007. Vol. 46, n°4, p. 469–478. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31803062e7>
- [96] Baar P., Wubbels T. « Machiavellianism in children in Dutch elementary schools and sports clubs: Prevalence and stability according to context, sport type, and gender ». *Sport Psychol.* 2011. Vol. 25, n°4, p. 444.
- [97] Coulomb G., Pfister R. « Aggressive behaviors in soccer as related to competitive level and time : A field study ». *J. Sport Behav.* 1998. Vol. 21, p. 222–231.
- [98] Sabatier C., Pfister R. « Les interactions agressives dans la pratique sportive des jeunes ». *Enfance.* 1994. Vol. 47, n°2–3, p. 215–232.
- [99] Owton H., Sparkes A. C. « Sexual abuse and the grooming process in sport: Learning from Bella’s story ». *Sport Educ. Soc.* 2015. p. 1–12.
- [100] Stirling A. E. *Initiating and Sustaining Emotional Abuse in the Coach-Athlete Relationship: Athletes’, Parents’, and Coaches’ Reflections.* Toronto, Canada : Université de Toronto, 2011.
- [101] Holman M. « A search for a theoretical understanding of hazing practices in athletic’s ». In : Johnson J, Holman M (éd.). *Mak. Team World Sport Initiat. Hazing.* Toronto, Canada : CSPI, 2004. p. 50–60.
- [102] Smits F., Jacobs F., Knoppers A. « ‘Everything revolves around gymnastics’: athletes and parents make sense of elite youth sport ». *Sport Soc.* [En ligne]. 2016. p. 1–18. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/17430437.2015.1124564>
- [103] Stirling A. E. et collab. « Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine position paper: Abuse, harassment, and bullying in sport ». *Clin. J. Sport Med.* 2011. Vol. 21, n°5, p. 385–391.
- [104] Stirling A. E., Kerr G. A. « Abused athletes’ perceptions of the coach-athlete relationship ». *Sport Soc.* [En ligne]. 2009. Vol. 12, p. 227–239. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1080/17430430802591019>
- [105] Ryan J. *Little girls in pretty boxes: The making and breaking of elite gymnasts and figure skaters.* New York, NY : Doubleday, 1995.
- [106] Donnelly P. *Taking Sport Seriously : Social Issues in Canadian Sport.* Toronto : Thompson Educational Publishing, 2011.
- [107] East J. « The causes of violence in sport: Who is to blame? ». In : Brackenridge C, Kay C, Rhind T (éd.). *Sport Child. Rights Violence Prev. Sourceb. Glob. Issues Local Programme.* Londres, Royaume-Uni : Brunei University Press, 2012. p. 18–24.
- [108] Malina R. M. « Early sport specialization: Roots, effectiveness, risks ». *Curr. Sports Med. Rep.* 2010. Vol. 9, p. 364–371.
- [109] Hartill M., Lang M. « ‘I know people think I’m a complete pain in the neck’: An examination of the introduction of child protection and safeguarding in English sport from the perspective of national governing body safeguarding lead officers ». *Soc. Sci.* 2014. Vol. 3, n°4, p. 1–23.
- [110] Hartill M., Prescott P. « Serious business or ‘any other business’? Safeguarding and child protection policy in British rugby league ». *Child Abuse Rev.* 2007. Vol. 16, n°4, p. 237–251.
- [111] Malkin K., Johnston L., Brackenridge C. « A critical evaluation of training needs for child protection in UK sports ». *Manag. Leis.* 2000. Vol. 5, n°3, p. 151–160.
- [112] Parent S. « Disclosure of Sexual Abuse in Sport Organizations: A Case Study ». *J. Child Sex. Abuse.* 2011. Vol. 20, n°3, p. 322–337.
- [113] Parent S. « La question des abus sexuels en sport: perceptions et réalité ». *Rev. Can. Serv. Soc.* 2012. Vol. 29, n°2, p. 205–227.
- [114] Parent S., Demers G. « Sexual abuse in sport: A model to prevent and protect athletes ». *Child Abuse Rev.* 2011. Vol. 20, p. 120–133.
- [115] Elias N., Dunning E. *Sport et civilisation. La violence maîtrisée.* Paris, France : Fayard, 1994.
- [116] Russell G. W. *The social psychology of sport.* New York, NY : Springer-Verlag, 1993.
- [117] Terry P. C., Jackson J. J. « The determinants and control of violence in sport ». *Quest.* 1985. Vol. 37, p. 27–37.
- [118] Fields S. K., Collins C. L., Comstock R. D. « Conflict On the Courts A Review of Sports-Related Violence Literature ». *Trauma Violence Abuse.* 2007. Vol. 8, n°4, p. 359–369.
- [119] Diamond A. B. et collab. « Qualitative review of hazing in collegiate and school sports: consequences from a lack of culture, knowledge and responsiveness ». *Br. J. Sports Med.* 2016. Vol. 50, n°3, p. 149–153.

- [120] Jacobs F., Smits F., Knoppers A. « 'You don't realize what you see!': the institutional context of emotional abuse in elite youth sport ». *Sport Soc.* [En ligne]. 2016. Disponible sur : <https://doi.org/10.10800/17430437.2015.1124567>
- [121] Stafford A., Alexander K., Fry D. « 'There was something that wasn't right because that was the only place I ever got treated like that': Children and young people's experiences of emotional harm in sport ». *Childhood*. 2015. Vol. 22, n°1, p. 121-137.
- [122] Stirling A. E., Kerr G. A. « The perceived effects of elite athletes' experiences of emotional abuse in the coach-athlete relationship ». *Int. J. Sport Exerc. Psychol.* 2013. Vol. 11, n°1, p. 87-100.
- [123] Conroy D. E. et collab. « Personal and participatory socializers of the perceived legitimacy of aggressive behavior in sport ». *Aggress. Behav.* 2001. Vol. 27, n°6, p. 405-418.
- [124] Karon D. « Winning Isn't Everything: It's the Only Thing. Violence in Professional Sports: The Need for Federal Regulation and Criminal Sanctions. » *Indiana Law Rev.* 1991. Vol. 25, p. 147-163.
- [125] Robidoux M., Trudel P. « Hockey Canada and the bodychecking debate in minor hockey ». In : Whitson D, Gruneau R (éd.). *Artif. Ice Hockey Cult. Commer.* Toronto, Canada : Garamond Press, 2006. p. 101-122.
- [126] Weinstein M., Smith M., Wiesenthal D. « Masculinity and hockey violence ». *Sex Roles*. 1995. Vol. 33, n°11, p. 831-847.
- [127] Bandura A. *Aggression: A social learning analysis.* Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1973.
- [128] Bandura A. *Social learning theory.* Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1977.
- [129] Burton R. W. « Aggression and sport. Clinics in ». *Sports Med.* 2005. Vol. 24, p. 845-852.
- [130] Smith M. D. « Towards an explanation of hockey violence: A reference other approach ». *Can. J. Sociol.* 1979. Vol. 4, n°2, p. 105-124.
- [131] Cushion C. J., Jones R. L. « A bourdieusian analysis of cultural reproduction: Socialisation and the "hidden curriculum" in professional football ». *Sport Educ. Soc.* 2014. Vol. 19, p. 276-298.
- [132] Lindhorst L. « Behind the mask of glory : combating child abuse in Olympic boarding schools ». *George Wash. Int. Law Rev.* 2015. Vol. 47, n°2, p. 353-382.
- [133] Weber R. « Protection of children in competitive sport: Some critical questions for London ». *Int. Rev. Sociol. Sport.* 2009. Vol. 44, p. 55-69.
- [134] Donnelly P. « Child labour, sport labour: Applying child labour laws to sport ». *Int. Rev. Sociol. Sport.* 1997. Vol. 32, p. 389-406.
- [135] Donnelly P. « Sport and human rights ». *Sport Soc. Cult. Commer. Media Polit.* 2008. Vol. 11, n°4, p. 381-394.
- [136] 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.* 2008. Vol. 56, p. 333-344.
- [137] Hillis S., Mercy J. A., Saul J. R. « The enduring impact of violence against children ». *Psychol. Health Med.* [En ligne]. 2016. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1153679>
- [138] 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.* 2012. Vol. 9, n°11, p. 1-31.
- [139] Aboujaoude E. et collab. « Cyberbullying : Review of an Old Problem Gone Viral ». *J. Adolesc. Health.* 2015. Vol. 57, p. 10-18.
- [140] Cunningham T., Hoy K., Shannon C. « Does childhood bullying lead to the development of psychotic symptoms ? A meta-analysis and review or prospective studies ». *Psychosis.* 2016. Vol. 8, n°1, p. 48-59.
- [141] Gini G., Pozzoli T. « Bullied children and psychosomatic problems: a meta-analysis ». *Pediatrics.* 2013. Vol. 132, n°4, p. 720-729.
- [142] Hébert M. et collab. « Child sexual abuse, bullying, cyberbullying, and mental health problems among high schools students: a moderated mediated model ». *Depress. Anxiety* [En ligne]. 2016. Vol. 33, p. 623-629. Disponible sur : <https://doi.org/doi: 10.1002/da.22504>
- [143] Klomek A. B. et collab. « Bullying, depression, and suicidality in adolescents ». *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2007. Vol. 46, n°1, p. 40-49.
- [144] Reijntjes A. et collab. « Prospective linkages between peer victimization and externalizing problems in children: A meta-analysis ». *Aggress. Behav.* 2011. Vol. 37, n°3, p. 215-222.
- [145] Reijntjes A. et collab. « Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies ». *Child Abuse Negl.* 2010. Vol. 34, n°4, p. 244-252.
- [146] Finkel M. A. « Traumatic injuries caused by hazing practices ». *Am. J. Emerg. Med.* 2002. Vol. 20, n°3, p. 228-233.
- [147] 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).
- [148] Brackenridge C. « "He owned me basically...": Women's Experience of Sexual Abuse in Sport ». *Int. Rev. Sociol. Sport* [En ligne]. 1997. Vol. 32, n°2, p. 115-130. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1177/101269097032002001>
- [149] Fasting K., Brackenridge C., Walseth K. « Consequences of sexual harassment in sport for female athletes ». *J. Sex. Aggress.* [En ligne]. 2002. Vol. 8, p. 37-48. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1080/13552600208413338>
- [150] Fleury T., McLellan K. D. *Playing with fire: The Highest Highs and Lowest Lows of Theo Fleury.* Toronto, Canada : Harper Collins Publishers Ltd, 2009.
- [151] Kennedy S., Grainger J. *Why I didn't say anything: The Sheldon Kennedy story.* Toronto, Canada : Insomniac Press, 2006.

- [152] Emery C. A. et collab. « Risk factors for injury and severe injury in youth ice hockey: a systematic review of the literature ». *Inj. Prev.* 2010. Vol. 16, n°2, p. 113-118.
- [153] Dvorak J., Junge A. « Football injuries and physical symptoms a review of the literature ». *Am. J. Sports Med.* 2000. Vol. 28, n°5, p. 3-9.
- [154] Freitag A. et collab. « Systematic review of rugby injuries in children and adolescents under 21 years ». *Br. J. Sports Med.* 2015. Vol. 49, n°8, p. 511-519.
- [155] Pieter W. « Martial arts injuries ». In : Caine DJ, Maffulli N (éd.). *Epidemiol. Pediatr. Sports Inj. Individ. Sports.* Bâle, Suisse : Karger Publishers, 2005. p. 59-73.
- [156] Pocecco E. et collab. « Injuries in judo: a systematic literature review including suggestions for prevention ». *Br. J. Sports Med.* [En ligne]. 2013. Vol. 47, n°18, p. 1139-1143. Disponible sur : <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092886>
- [157] Collins C. L., Fields S. K., Comstock R. D. « When the rules of the game are broken: what proportion of high school sports-related injuries are related to illegal activity? ». *Inj. Prev.* 2008. Vol. 14, n°1, p. 34-38.
- [158] Houghton K. M., Emery C. A. « Bodychecking in youth ice hockey ». *Paediatr. Child Health.* 2012. Vol. 17, n°9, p. 509.
- [159] Purcell L. K. et collab. « Medicine Committee et American Academy of Pediatrics ». *Paediatr. Child Health.* 2012. Vol. 17, n°1, p. 39.
- [160] Gouvernement du Canada. Stratégie de Sport Canada pour l'éthique dans le sport 2010. [En ligne]. Gouvernement du Canada, 2010. Disponible sur : http://canada.pch.gc.ca/DAMAssetPub/DAM-PCH2-sport-sport/STAGING/texte-text/canadian-strategy-ethical-conduct-sport_1417546965576_fra.pdf
- [161] Sport pur. « Accueil Sport pur ». In : Sport Pur [En ligne]. 2016. Disponible sur : <http://truesportpur.ca/fr/accueil>
- [162] Association canadienne des entraîneurs. Modules multisports du Programme national de certification des entraîneurs. [En ligne]. 2016. Disponible sur : http://www.coach.ca/files/NCCP_MULTISPORT_FR_v2_016.pdf
- [163] Association canadienne des entraîneurs. Mouvement entraînement responsable de l'Association canadienne des entraîneurs. [En ligne]. 2016. Disponible sur : <http://coach.ca/responsible-coaching-movement-s17179>
- [164] Respect et Sport. « À propos de Respect et Sport ». In : Respect Sport [En ligne]. 2016. Disponible sur : <http://french.respectinsport.com/about-us/>
- [165] Hockey Canada. Programme Dis-le!. [En ligne]. Hockey Canada, 2016. Disponible sur : <https://www.hockeycanada.ca/fr-ca/Hockey-Programs/Safety/Speak-Out.aspx>
- [166] Sportbienetre. « Accueil de Sportbienetre ». In : Sportbienetre [En ligne]. 2015. Disponible sur : <http://www.sportbienetre.ca/accueil.asp>
- [167] Sport'Aide. « À propos de Sport'Aide ». In : Sport'Aide [En ligne]. 2016. Disponible sur : <http://sportaide.ca/a-propos/>
- [168] Égale Action. Montrer le chemin : travailler avec des athlètes lesbiennes, gais et bisexuel-le-s (briser les tabous, sortir de l'ombre). [En ligne]. Égale Action, 2016. Disponible sur : <http://www.egaleaction.com/briser-les-tabous-sortir-lombre/>
- [169] Hockey Québec. Franc-jeu : pour diminuer la violence au hockey. [En ligne]. Hockey Québec, 2016. Disponible sur : <http://www.hockey.qc.ca/fr/page/franc-jeu/introduction.html>
- [170] Respaix. « Mission et objectifs ». In : Respaix [En ligne]. 2016. Disponible sur : <https://respaix02.wordpress.com/mission-et-objectifs/>
- [171] Gouvernement du Québec. Prévention de l'abus et du harcèlement dans le sport amateur. [En ligne]. Gouvernement du Québec, 2016. Disponible sur : <http://www.education.gouv.qc.ca/athletes-entraîneurs-et-officiels/reglements-et-securite/securite-integrite-et-ethique/integrite-et-ethique/prevention-de-labus-et-du-harcèlement/>
- [172] Institut national de santé publique du Québec. « Violence interpersonnelle chez les jeunes dans le contexte sportif ». In : Inst. Natl. Santé Publique Qué. 2017.
- [173] Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Avis sur l'éthique en loisir et en sport. Québec : Gouvernement du Québec, 2006.
- [174] Parent S., El Hlimi K. « L'agression sexuelle des jeunes dans le sport ». In : Trousse Média Sur Agressions Sex. [En ligne]. 2012. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/fiches/agression-sexuelle-des-jeunes-dans-le-sport>
- [175] Gouvernement du Québec. Loi sur la sécurité dans les sports. [En ligne]. 2016. Disponible sur : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/S-3.1.pdf>
- [176] Gouvernement du Québec. Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2008-2013. [En ligne]. Gouvernement du Québec, 2008. Disponible sur : http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/plan-action-agressions-sexuelles_2008-2013.pdf
- [177] Gouvernement du Québec. Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2011-2016. [En ligne]. Gouvernement du Québec, 2011. Disponible sur : http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/ministere/dossiers/homophobie/plan_action_homo_FR.pdf
- [178] Gouvernement du Québec. Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation 2015-2018. [En ligne]. Québec : Gouvernement du Québec, 2015. Disponible sur : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/plan-action-intimidation-2015.pdf>
- [179] Nirmal R. Coaches' perceived impact of the Respect in sport (RiS) program on bullying, abuse, neglect, and harassment in sports (Mémoire non publié). Vancouver, Canada : The University of British Columbia, 2010.

- [180] Stirling A. E., Kerr G. A., Cruz L. C. « An evaluation of Canada's National Coaching Certification Program's «Make Ethical Decisions» coach education module ». *Int. J. Coach. Sci.* 2012. Vol. 6, n°2, p. 45–60.
- [181] Hartill M., O'Gorman J. « Evaluation in safeguarding and child protection in sport ». In : Lang M, Hartill M (éd.). *Safeguarding Child Prot. Abuse Sport*. Londres, Royaume-Uni : Routledge, 2015. p. 181–191.
- [182] Parent S., El Hlimi K. « Athlete protection in Quebec's sport system: Assessments, problems, and challenges ». *J. Sport Soc. Issues.* 2013. Vol. 37, p. 284–296.
- [183] McKibbin K. A. « Evidence-based practice ». *Bull. Med. Libr. Assoc.* 1998. Vol. 86, n°3, p. 396.
- [184] Organisation mondiale de la santé. *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé, 2014.
- [185] Parent S., Redmond-Morissette M., El Hlimi K. *Développement d'un cadre d'intervention en matière de prévention de la violence envers les jeunes dans le sport : Phase II*. Québec : Direction de la promotion de la sécurité, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2013.
- [186] Bartholomew L. K. et collab. *Planning health promotion programs : An Intervention Mapping Approach*. San Francisco, CA : Jossey-Bass, 2011.

Chapitre 9

La violence en milieu de travail

Mariève Pelletier, Katherine Lippel, Michel Vézina

Messages clés

- La violence en milieu de travail peut prendre différentes formes (physique, sexuelle, verbale, psychologique). Elle peut se manifester entre personnes appartenant à une même organisation (collègues, supérieurs hiérarchiques, subordonnés), ou être commise à l'endroit d'un travailleur par une personne sans lien d'emploi avec l'organisation.
- Au Québec, en milieu de travail, le harcèlement psychologique est un phénomène beaucoup plus fréquent que la violence physique.
- Les travailleurs en contact avec le public sont davantage exposés au harcèlement psychologique, au harcèlement sexuel et à la violence physique. Au Québec, les travailleurs du secteur des soins de santé et des services sociaux sont les plus exposés à ces trois formes de violence, suivis par les travailleurs du secteur des services gouvernementaux ou parapublics et par ceux du secteur de l'enseignement, mais les auteurs du harcèlement psychologique sont majoritairement des personnes appartenant à une même organisation.
- Les risques psychosociaux du travail (c'est-à-dire liés à l'organisation du travail, aux pratiques de gestion, aux conditions d'emploi et aux relations sociales), les contrats de travail atypiques et précaires, ainsi que la normalisation de la violence dans la culture organisationnelle sont trois facteurs organisationnels associés à la violence en milieu de travail.
- La violence en milieu de travail peut entraîner différentes conséquences pour les victimes, et ce, peu importe le statut de l'auteur de la violence, qu'il soit un supérieur, un collègue ou une personne externe à l'organisation. Les conséquences de la violence psychologique sur la santé peuvent être aussi sévères que celles associées à la violence physique.
- En plus des dispositions prévues dans la réglementation qui encadrent la prévention des agressions, les stratégies organisationnelles permettant de réduire les risques psychosociaux du travail semblent être prometteuses pour prévenir la violence en milieu de travail. Des pratiques de gestion visant à augmenter la latitude décisionnelle, la participation des travailleurs, le soutien du supérieur immédiat, l'entraide et la coopération entre collègues, et la reconnaissance des efforts et du travail réalisé, tout en contrôlant la charge de travail, sont des exemples de stratégies organisationnelles à favoriser pour agir en prévention.

Introduction

Afin de traiter des défis de la violence en milieu de travail, il est essentiel de partager des définitions et de comprendre certaines des causes et des conséquences des différentes formes de violence auxquelles les travailleurs et les travailleuses sont exposés. Une meilleure compréhension des causes est essentielle pour agir en prévention. Il est également important de dresser un portrait clair de l'exposition à la violence au travail par genre, incluant à la fois les expositions qui sont différentes pour les hommes et les femmes, et celles qui touchent de façon disproportionnée soit les hommes, ou les femmes, en raison de la division genrée du marché du travail. La majeure partie de ce chapitre est tirée d'un rapport publié par l'Organisation internationale du travail (OIT) intitulé *Addressing Occupational Violence: An overview of conceptual and policy considerations viewed through a gender lens* [1]. Le contenu de ce rapport est basé sur une analyse de la littérature en anglais, en français et en espagnol, tirée des champs disciplinaires des relations industrielles, du management, de la criminologie, de la sociologie du travail et du droit. Tant la littérature scientifique révisée par les pairs que la littérature grise ont été revues, tout en mettant l'accent sur les publications de la dernière décennie. Dans un premier temps, des définitions de différentes formes de violence au travail sont formulées. Des données issues d'enquêtes et d'études québécoises sont présentées afin de permettre une estimation de l'ampleur de la violence dans les milieux de travail. Aussi, les principaux facteurs organisationnels associés à la violence au travail sont abordés. Enfin, les conséquences de la violence ainsi que les stratégies de prévention sont sommairement discutées.

Les définitions et les formes de violence en milieu de travail

Comme démontré par Chappel et Di Martino [2], les définitions de la violence en milieu de travail varient largement entre les disciplines et entre les pays, et présentent des différences linguistiques et culturelles. Plusieurs termes ou notions apparentés sont utilisés pour traiter de la violence en milieu de travail : agression, harcèlement, intimidation, menace. De nombreux articles tentent de définir la violence par opposition à l'agression, le harcèlement par opposition à l'intimidation, ou encore la violence sexuelle par opposition à d'autres formes de violence. Le Bureau international du travail définit la violence en milieu de travail comme « toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable, par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée dans le cadre ou du fait direct de son travail » [3]. Toutefois, une vue d'ensemble de la littérature permet de constater qu'il n'existe pas de définition universelle, transversale et absolue pour l'ensemble des termes relatifs à la violence en milieu de travail, constat partagé par un rapport soumis pour discussion à la Réunion d'experts sur la violence contre les femmes et les hommes dans le monde du travail tenue en octobre 2016 [4]. Une analyse critique de la littérature portant sur les définitions de la violence suggère que les diverses manifestations de la violence font partie d'un continuum et que, pour cette raison, le concept de violence devrait être interprété de façon large [5]. Les termes utilisés dans ce chapitre sont définis dans l'optique de fournir aux lecteurs une compréhension commune des différents concepts présentés dans la littérature. La violence en milieu de travail est tout d'abord définie en fonction de différentes formes de violence vécues en milieu de travail. Par la suite, une typologie de la provenance de la violence en milieu de travail est présentée.

Les formes de violence vécues en milieu de travail

La violence en milieu de travail peut prendre différentes formes, et celles présentées dans cette section représentent celles qui sont les plus documentées dans la littérature. Cependant, ces formes de violence ne sont pas mutuellement exclusives, en ce sens que différentes formes peuvent se retrouver comprises sous une autre forme; par exemple, le harcèlement psychologique qui peut inclure de la violence verbale et du harcèlement sexuel.

Violence physique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'OIT définissent le concept de violence physique comme l'usage de la force physique contre une autre personne ou un groupe de personnes, qui entraîne un préjudice physique, sexuel ou psychologique. Sont visés, entre autres, les coups, coups de pied, gifles, coups de couteau, coups de feu, bousculades, morsures et pinçage [6].

Des auteurs ont noté que certaines études sur la violence physique ne différencient pas la violence infligée et les menaces de violence physique proférées [7]. Conceptuellement, il s'agit de deux catégories distinctes, la première ayant potentiellement des conséquences physiques et psychologiques, alors que la seconde peut engendrer principalement des conséquences sur le plan psychologique.

Une étude du Royaume-Uni portant sur les agressions physiques en milieu de travail montre que 4,9 % des travailleurs rapportent avoir vécu une expérience de violence physique au travail au cours des deux dernières années, et certains d'entre eux sur une base régulière [8]. Selon cette étude, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à être exposées à la violence physique au travail. Également, les travailleurs gais ou bisexuels sont proportionnellement plus nombreux à être exposés à la violence physique au travail que les travailleurs hétérosexuels. Les travailleurs ayant une déficience physique, intellectuelle ou psychologique sont aussi proportionnellement plus nombreux à rapporter avoir vécu de la violence physique, comparativement aux travailleurs sans déficience.

Violence psychologique

Une abondante littérature a été développée au cours des dernières années sur le *bullying*, un terme utilisé au Royaume-Uni, aux États-Unis et dans d'autres pays anglo-saxons; sur le *mobbing*, un concept plus commun en Scandinavie et dans les pays germanophones; sur le harcèlement moral, utilisé principalement en France et en Belgique; et sur le harcèlement psychologique, le terme officiel au Québec et dans certaines législations canadiennes. Aux fins de ce chapitre, ces termes seront utilisés de façon interchangeable (voir Lippel [9] pour les détails des significations des termes dans les différentes langues).

Pour Ståle Einarsen et ses collaborateurs [10], le concept de harcèlement psychologique réfère à des actions et des conduites répétées et dirigées contre un ou plusieurs travailleurs; lesquelles sont non désirées par la victime; peuvent être commises délibérément ou inconsciemment, mais entraînent manifestement de l'humiliation, une offense ou de la détresse; et peuvent interférer avec la performance au travail ou engendrer un environnement de travail désagréable. Cette définition a été largement reprise dans les recherches en management et en psychologie organisationnelle. Les législateurs, pour leur part, définissent le terme différemment, en fonction des contextes légaux dans lesquels ils introduisent le concept. Par exemple, l'article 81.18 de la Loi sur les normes du travail au Québec reprend cette définition, en y ajoutant la possibilité qu'un événement unique grave puisse constituer du harcèlement, même en l'absence de répétition.

Violence verbale et menaces de violence

La violence verbale est incluse dans la majorité des études qui s'intéressent à la violence en milieu de travail, ainsi que dans les outils et guides portant sur la prévention des risques dans le milieu de travail qui ont été produits par l'OIT [11]. Les auteurs d'une revue systématique de la littérature portant sur la violence verbale au travail ont observé que, bien qu'il n'y ait pas de définition commune de la violence verbale au travail dans les différents écrits recensés, la majorité des définitions incluent les concepts de menaces, d'insultes, et parfois de communications orales visant à humilier ou dénigrer la victime [12]. Cette revue s'inscrit dans une perspective de genre, et révèle que la majorité des études portant sur la violence verbale en milieu de travail ne permettent pas de conclure à une différence entre les genres.

Le concept de menace est défini dans un rapport de l'OIT comme une « menace de mort, ou annonce de l'intention de faire du mal à quelqu'un ou d'endommager ses biens matériels » [13]. Dans un autre rapport conjoint de l'OIT et de l'OMS concernant la violence au travail dans le secteur de la santé, la menace est définie comme la « promesse de recourir à la force physique ou au pouvoir (force psychologique) entraînant la crainte de dommages physiques, sexuels ou psychologiques ou d'autres conséquences négatives pour les personnes ou les groupes visés » [6].

Harcèlement sexuel

Les définitions et les mesures du harcèlement sexuel varient selon les juridictions et les cultures [2, 14–17]. Selon l'OIT (2012) :

« Les définitions du harcèlement sexuel contiennent les éléments suivants : 1) (« quid pro quo ») : tout comportement non désiré à connotation sexuelle s'exprimant physiquement, verbalement ou non verbalement, ou tout autre comportement fondé sur le sexe, ayant pour effet de porter atteinte à la dignité de femmes et d'hommes, qui n'est pas bienvenu, déraisonnable et offense la personne; et le rejet d'une telle conduite par une personne, ou sa soumission à cette conduite est utilisée de manière explicite ou implicite comme base d'une décision qui affecte son travail; 2) (environnement de travail hostile) : une conduite qui a pour effet de créer un environnement de travail intimidant, hostile ou humiliant pour une personne » [18]. La définition de l'article 2 de la Directive européenne (2002/73/EC) va dans le même sens en définissant le concept comme suit : « là où toute forme de conduite à caractère sexuel non désirée survient, qu'elle soit verbale, non verbale ou physique, dans le but ou ayant l'effet de porter atteinte à la dignité d'une personne, en particulier lorsqu'il y a création d'un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant. »

Au Québec, le concept de harcèlement sexuel est compris dans le concept plus large de harcèlement psychologique dans le cadre de la Loi sur les normes du travail, ainsi que dans le concept de harcèlement discriminatoire dans la Charte québécoise des droits et libertés de la personne (article 10.1). Bien qu'il ne soit pas défini explicitement dans la Charte, le concept du harcèlement sexuel a été précisé par la jurisprudence [19], qui retient une définition à deux volets. En premier lieu, le harcèlement sexuel inclut « une conduite de nature sexuelle non sollicitée qui a un effet défavorable sur le milieu de travail ou qui a des conséquences préjudiciables en matière d'emploi pour les victimes du harcèlement » [20–22] (*Janzen c. Platy Enterprises Ltd*, [1989] 1 R.C.S. 1252, 1284). En deuxième lieu, la jurisprudence définit le harcèlement sexuel résultant d'un « milieu de travail hostile » lorsqu'on y retrouve les manifestations suivantes : « diverses formes allant de l'usage d'un langage cru, de blagues grivoises, de remarques désobligeantes, de rebuffades, de brimades, d'injures et d'insultes aux menaces, de voies de fait ou d'autres agressions, en passant par des caricatures, graffitis et dommages causés à la propriété de la victime ou aux lieux et objets mis à sa disposition; le tout en mettant particulièrement en cause les caractéristiques proprement féminines » (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse c. Québec (Procureur général), [1998] R.J.Q. 3397, [1998] no AZ-98171043 (T.D.P.Q.), paragr. 168).

Le harcèlement sexuel en milieu de travail est un phénomène sous-déclaré pouvant se chevaucher avec d'autres formes de violence ou être inclus dans le concept plus large de harcèlement psychologique, en particulier si les victimes sont stigmatisées lorsqu'elles se plaignent de harcèlement sexuel [20–22]. Les recherches montrent que la grande majorité des victimes de harcèlement sexuel sont des femmes, alors que les harceleurs sont majoritairement des hommes. Cependant, il ne faut pas passer sous silence le fait qu'il y a des cas de harcèlement sexuel où les victimes sont des hommes, et où les harceleurs sont des femmes ou des hommes [23].

Harcèlement discriminatoire

Le harcèlement discriminatoire est une forme de harcèlement psychologique dirigée contre une personne en raison de motifs discriminatoires. Il s'agit d'un phénomène interdit en Amérique du Nord, en Australie et en Europe depuis plusieurs années. Les législations gouvernant cette interdiction requièrent normalement qu'il soit démontré que le harcèlement soit lié à une catégorie ciblée comme interdite de discrimination, et ces catégories varient considérablement selon les nations. Au Québec, la Charte des droits et libertés de la personne reconnaît les motifs de discrimination suivants : la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge (sauf dans la mesure prévue par la loi), la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap (article 10), et interdit le harcèlement fondé sur l'un de ces motifs (article 10.1). Le harcèlement lié à l'origine ethnique ou à la race est interdit dans la plupart des lois et règlements relatifs aux droits de l'homme, mais l'interdiction de harcèlement fondé sur l'âge ou sur l'orientation sexuelle est moins universelle. Cependant, même si la discrimination et le harcèlement fondés sur l'origine ethnique ou la race sont interdits dans plusieurs pays, l'efficacité de telles mesures de protection est rarement étudiée, et les études qui existent montrent que les minorités ethniques sont plus souvent exposées au harcèlement et à la discrimination [24,25]. Aussi, il est à souligner que le harcèlement à l'égard des travailleurs avec des incapacités a été peu étudié jusqu'à maintenant [26].

Par ailleurs, un nouveau pan de la littérature portant sur le harcèlement sexuel à l'égard de l'orientation et de l'identité sexuelles prend de plus en plus d'importance [27], notamment en Australie, où la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle est interdite [28]. Au Québec, cette interdiction existe depuis 1977.

Violence entre partenaires intimes

La violence entre partenaires intimes, aussi appelée violence conjugale¹, est un phénomène que l'on retrouve dans la littérature portant sur la violence au travail et qui est étudié sous différents angles. En effet, dans certains cas, cette forme de violence peut survenir en milieu de travail lorsque, par exemple, un conjoint commet un acte de violence envers sa partenaire intime sur le lieu de travail [29]. Dans d'autres cas, la violence conjugale peut engendrer des conséquences qui se répercutent dans le travail. Ainsi, il arrive que la violence commise par un partenaire intime dans la sphère personnelle nuise à la capacité de la travailleuse à exercer son travail ou à conserver son emploi [29]. La violence entre partenaires intimes, peu importe l'endroit où elle se déroule, peut avoir un impact négatif sur les habiletés de la victime à se rendre au travail, à y demeurer et à travailler convenablement. À ce sujet, certaines études documentent comment la performance au travail des victimes de violence conjugale peut être influencée négativement par la violence commise à l'extérieur du travail [29–32]. Ces deux facettes de la violence entre partenaires intimes et de sa relation avec le travail font l'objet de débats quant aux protections réglementaires du droit du travail nécessaires pour assurer, d'une part, la sécurité des victimes et, d'autre part, leur capacité à se maintenir en emploi dans un milieu de travail. D'autres études s'intéressent aux effets de l'exposition à la surcharge de travail sur le risque que les travailleurs adoptent des comportements violents à la maison [33], ou encore aux pratiques organisationnelles pour gérer les cas d'employés faisant preuve de violence conjugale à l'extérieur du milieu de travail [34].

La violence à caractère criminel en milieu de travail

La violence physique en milieu de travail, y compris les homicides, les diverses formes d'agressions et les menaces de violence, peut avoir un caractère criminel. Dans certains cas, le traitement de telles situations peut relever de la compétence de la législation criminelle, bien que la mise en œuvre du droit pénal dans les milieux de travail soit, dans de nombreux secteurs, exceptionnelle [35]. Dans les secteurs des soins de santé ou de l'éducation, par exemple, la violence physique commise par des usagers ou des étudiants est souvent normalisée dans les milieux de travail, perçue comme faisant partie du travail [36].

¹ Voir le chapitre 5 sur la violence conjugale.

Il est donc peu commun que des plaintes soient portées au criminel. De plus, dans les cas de jeunes enfants ou d'adultes jugés légalement inaptes, il est très rare que les lois criminelles s'appliquent.

Cela dit, dans certains pays, tels les États-Unis, le crime violent est le centre d'intérêt premier dans la littérature portant sur la violence au travail. Aussi, les études menées principalement dans le domaine de la criminologie abordent plus fréquemment les problèmes sous l'angle de la prévention des crimes que sous celui de la santé au travail. Une étude de Statistique Canada portant sur les victimes d'actes criminels en milieu de travail en 2004 a révélé que 37 % des incidents violents en milieu de travail avaient été signalés à la police, et que les victimes de sexe masculin étaient beaucoup plus susceptibles que les victimes féminines de déclarer les incidents violents à la police. Les auteurs de cette étude suggèrent que ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les hommes présentent plus fréquemment des blessures physiques, alors que les femmes sont davantage victimes d'agression sexuelle, et que ce type d'agression a un faible taux de dénonciation à la police. Toujours selon cette même étude, 66 % des incidents de violence en milieu de travail ont été perpétrés par une personne connue de la victime, et 18 % ont été commis par un collègue de travail, les autres incidents étant majoritairement commis par une personne connue, mais extérieure à l'organisation, tels un ex-conjoint ou un voisin [35].

Violence systémique, structurelle, technologique et autres formes de violence

La « violence systémique » réfère à la « violence produite par l'organisation du travail », et signifie que la structure de l'organisation peut avoir des caractéristiques qui rendent les travailleurs susceptibles de vivre ou de commettre de la violence [36].

Le terme « violence structurelle » a été employé, quant à lui, pour identifier la charge de travail élevée, le faible degré d'autonomie décisionnelle au travail, le faible statut hiérarchique, les procédures de travail rigides et le faible soutien relationnel, comme des formes de violence au travail. Une étude canadienne menée auprès de travailleurs du domaine de la santé montre que ces conditions de travail sont non seulement néfastes pour la santé physique et psychologique des travailleurs, mais elles limiteraient aussi la capacité des travailleurs à fournir la qualité des soins qu'ils savent qu'ils sont capables de fournir [37]. Ces mêmes auteurs ont également amené le concept de « violence épistémologique » en tentant d'expliquer ce qui incitait les usagers des établissements de soins de longue durée à faire preuve de violence à l'égard des travailleurs de la santé. Les chercheurs concluent qu'il existe des liens entre la rationalisation des services offerts aux usagers en contexte de restructuration des services de santé et l'augmentation des cas de violence perpétrés à l'endroit des travailleurs de la santé [38].

Récemment, les chercheurs et les législateurs ont porté leur attention sur la cyberintimidation, qui consiste à utiliser les technologies de communication, telles qu'Internet, les sites de réseautage social, les sites Web, le courriel, la messagerie texte (SMS) et la messagerie instantanée pour intimider une personne à répétition [39]. La cyberintimidation est une nouvelle forme de violence psychologique et, dans certains cas, de violence sexuelle. Il s'agit d'agissements tels que l'envoi de courriels agressifs ou menaçants, la publication sur le Web d'informations à caractère sexuel explicite, et la propagation de rumeurs malveillantes sur les réseaux sociaux [4]. La majorité de ces travaux étudient la violence faite contre les filles et les femmes, ou encore la cyberintimidation dans les écoles, mais peu se sont intéressés aux liens entre la violence basée sur la technologie et le travail.

Il existe quelques études portant sur la cyberintimidation dans les milieux de travail, notamment en Inde [40], en Suède [41] et en Australie [42]. À titre d'exemple, une étude menée auprès des salariés de plusieurs universités du Royaume-Uni révèle que la cyberintimidation au moyen de courriels, de SMS et d'affichages sur le Web est aussi courante au travail que le harcèlement psychologique « classique »². D'autres études incluent la violence commise à l'aide d'une technologie traditionnelle, soit le téléphone. Par exemple, les

² University of Sheffield. (2012). *Hidden cyberbullying is as common as conventional counterpart in the workplace*. En ligne : <https://www.shef.ac.uk/news/nr/cyberbullying-festival-social-sciences-christine-sprigg-carolyn-axtell-sam-farley-1.222243> [consulté le 5 juillet 2016].

femmes travaillant dans des centres d'appel en Allemagne seraient, selon une étude, plus susceptibles de subir du harcèlement sexuel de la part de la clientèle que leurs collègues masculins [43]. Aussi, le personnel français travaillant dans les départements de service à la clientèle, ainsi que les travailleurs de centres d'appel en Chine, présentent un plus grand risque de subir de la violence de la part de la clientèle [44,45]. Enfin, une autre étude conclut que les agressions à teneur raciale seraient aussi un risque du travail dans les centres d'appel [46].

Au Québec et au Canada, en 2016, la violence à l'égard des travailleurs des centres d'appel a fait l'objet d'une campagne nationale de sensibilisation menée par le Syndicat des Métallos qui souhaitait sensibiliser la population aux effets néfastes des comportements de violence verbale de la part de la clientèle sur la santé des travailleurs. Une pétition a également été lancée afin de demander aux employeurs de mettre en œuvre des politiques pour permettre aux travailleurs de raccrocher lorsqu'un client fait preuve de violence au téléphone³.

La documentation sur la violence traite également d'autres formes d'agression en milieu de travail, y compris l'incivilité⁴. Certaines de ces catégories peuvent être considérées comme des facteurs de risque psychosociaux, précurseurs d'autres formes de violence professionnelle.

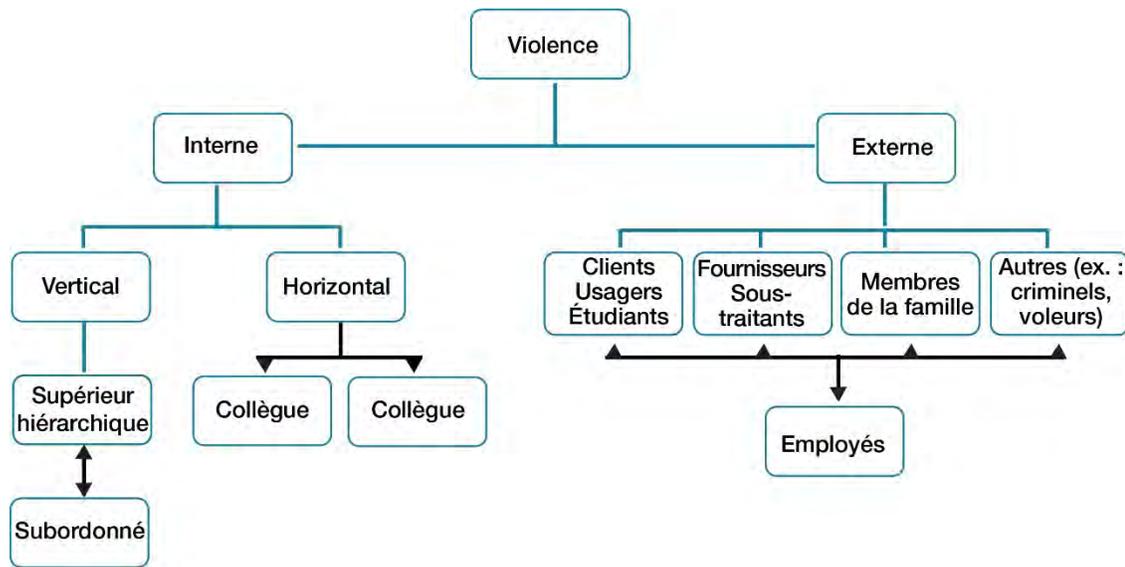
Une typologie de la provenance de la violence en milieu de travail : de l'interne ou de l'externe

Selon la définition retenue par l'OIT, le « lieu de travail » réfère à tous les endroits où les travailleurs doivent se trouver ou se rendre du fait de leur travail, et qui sont placés sous le contrôle direct ou indirect de l'employeur [2]. La définition du lieu de travail est centrale, car elle peut mener à diverses interprétations, lesquelles influencent notamment les statistiques sur la violence au travail ou l'interprétation des différentes mesures législatives. La violence en milieu de travail peut provenir de collègues, de supérieurs hiérarchiques ou de subordonnés, ou encore de personnes qui n'ont pas de lien d'emploi avec l'entreprise de la personne ciblée. Une des distinctions classiques dans la littérature sur la violence au travail et qui est utilisée par l'OIT est la distinction entre la violence interne et la violence externe [2]. La violence interne est celle qui se manifeste entre les travailleurs provenant d'une même organisation, y compris le personnel d'encadrement. La violence externe s'exprime entre des travailleurs et toute autre personne présente dans le milieu de travail, mais non salariée de l'organisation. Généralement, on parle de violence externe lorsque l'auteur de la violence provient de l'extérieur de l'organisation, tel qu'un client, un patient ou un usager, et que la violence survient sur le lieu, dans les circonstances ou à l'occasion du travail. Cette distinction est pertinente pour la prévention de la violence, et notamment pour le développement de nouvelles mesures de protections légales, ainsi que pour la conception d'interventions préventives en milieu de travail. En effet, certains instruments réglementaires en matière de santé et sécurité du travail permettent de juger un même comportement de façon différente si l'auteur est de provenance interne ou externe à l'organisation [47].

La figure 1 permet de distinguer la violence interne de la violence externe, ainsi que les différentes relations que l'on peut retrouver en milieu de travail, entre les auteurs et les victimes de violence.

³ Syndicat des Métallos. (2016). *Des travailleurs de centres d'appels lancent une campagne pour mettre fin à l'abus « déshumanisant »*. En ligne : <http://www.usw.ca/fr/nouvelles/centre-presse/actualites/2016/des-travailleurs-de-centres-dappels-lancent-une-campagne-pour-mettre-fin-a-labus-deshumanisant>

⁴ Selon Anderson et Pearson (1999), l'incivilité est définie comme un comportement déviant qui est en violation des normes de respect mutuel établies dans le milieu de travail, et où l'intention de nuire n'est pas toujours présente. (Réf. : Anderson et Pearson (1999). *Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace*. *Academy of management review*, vol. 24, n° 3, p. 452-471).

Figure 1 Distinction entre la violence interne et la violence externe en milieu de travail

Violence interne

La violence interne inclut toute forme de violence exprimée entre deux ou plusieurs travailleurs, y compris les gestionnaires, d'une même organisation. Par exemple, la violence interne concerne la violence entre collègues d'une même équipe, ou la violence entre collaborateurs de différentes équipes ou directions. Elle concerne aussi la violence entre gestionnaires, de niveaux hiérarchiques comparables ou distincts, ainsi que la violence entre un gestionnaire et un travailleur de niveau hiérarchique moindre. Comprendre la relation entre les cibles de la violence interne et ses auteurs est essentiel pour prévenir la violence au travail et pour développer des recours réglementaires appropriés. On retrouve principalement ces distinctions quant à la relation de la violence interne dans la littérature sur le harcèlement psychologique au travail, où l'on distingue la violence verticale et la violence horizontale [48]. Le concept de violence verticale est utilisé lorsqu'il existe une relation hiérarchique entre la cible de la violence et son auteur, laquelle implique généralement un supérieur ciblant un subordonné avec moins de pouvoir. Cependant, il existe aussi des cas de supérieurs hiérarchiques faisant l'objet de harcèlement de la part de leurs subordonnés. La violence perpétrée par des collègues de même niveau hiérarchique est considérée comme de la violence horizontale.

Violence externe

La violence externe concerne la violence provenant de clients, d'usagers, d'étudiants, de fournisseurs, de sous-traitants et même celle commise par des membres de la famille d'employés [49–51]. Ces acteurs, externes à l'organisation, ne sont pas soumis au contrôle de l'employeur au même titre que les employés. En effet, l'employeur, conformément à son droit de gérance, dispose de moyens lui permettant de sanctionner au besoin un employé qui commet un acte de violence.

La littérature américaine et européenne comprend plusieurs études récentes sur la violence externe, définissant et documentant le phénomène et, dans certains cas, décrivant des interventions préventives que les milieux de travail peuvent mettre en œuvre. Une publication française décrit les diverses définitions institutionnelles de la violence au travail et des types de violence externe, couvrant le spectre de l'incivilité, jusqu'à l'homicide. Cet écrit discute des facteurs potentiels qui influencent la violence externe, que ce soit relatif à certains secteurs ou professions spécifiques, ou encore en lien avec l'organisation du travail. Une étude portant sur les taux d'incidence de la violence commise par une tierce partie en Europe montre une augmentation des incidents entre 1995 et 2005 [52].

Secteurs d'activité où la violence est plus répandue

Cette section examine les secteurs d'activité où la violence en milieu de travail, qu'elle soit interne ou externe, est la plus répandue selon la revue de littérature effectuée portant sur des données de plusieurs pays. Les secteurs concernés sont les suivants : la santé, l'éducation, le travail auprès du public, puis le travail domestique. Les principales études recensées pour chacun de ces secteurs sont identifiées. Un portrait plus spécifique de la situation au Québec est présenté dans la section 3 de ce chapitre. Aussi, une attention particulière est portée sur la composition de genre de ces secteurs, certains étant majoritairement représentés par des femmes, et d'autres par des hommes.

Secteurs de la santé et de l'éducation⁵

En examinant la littérature portant sur la violence en milieu de travail entre 1978 et 2004, Estrada et ses collaborateurs [53] ont observé un changement sur le plan des secteurs d'activité étudiés dans les écrits portant sur la violence externe, passant du secteur de la vente au détail, qui prédominait jusque dans le milieu des années 90, aux secteurs de la santé et de l'éducation. Ce résultat s'expliquerait, selon les auteurs, à la fois par une augmentation de l'exposition à la violence dans ces secteurs, et par une diminution de la tolérance à la violence. Toutefois, en étudiant les enquêtes suédoises, les auteurs ont aussi remarqué que malgré une augmentation de la violence dans les secteurs de la santé et de l'éducation, les déclarations des incidents de violence à la police dans ces secteurs d'activité ont diminué avec le temps [54,55]. En Finlande, des résultats similaires dans les analyses ont été rapportés, avec une augmentation de la violence externe à l'endroit des travailleurs, et plus particulièrement des travailleuses, dans le secteur de la santé [36]. La littérature nord-américaine relate des augmentations similaires de violence dans les secteurs de la santé et de l'éducation, et une diminution de la violence dans les secteurs de la vente au détail [56]. Ces deux secteurs sont également parmi les principaux secteurs touchés par la violence au travail au Québec, comme présenté dans la section « ampleur » de ce chapitre.

Une littérature considérable aborde la question de la violence à l'égard des différents travailleurs du secteur de la santé en milieu hospitalier, en clinique privée, en institution psychiatrique, ou autre environnement de ce secteur (par exemple, Boyle et collaborateurs, 2007 [57]; Bayman et Hussain, 2007 [58]; El Ghaziri et collab., 2014 [50]; Hanson et collaborateurs, 2015 [59]). Les études incluent la violence physique, les menaces de violence et différentes formes de violence psychologique. Elles considèrent la violence commise par les collègues, les patients et leur famille. L'ensemble des études recensées stipule que la violence est un risque associé à la profession de soignant et à d'autres métiers exercés dans les milieux de travail du secteur de la santé.

Les enseignants sont également la cible de diverses formes de violence. De récentes études menées au sein de plusieurs pays, dont le Canada, ont documenté la prévalence de la violence physique et psychologique perpétrée aux enseignants par les étudiants, leurs parents ou par d'autres enseignants [7,60–69].

Travail avec le public

Au Canada et aux États-Unis, les associations syndicales représentant les travailleurs du transport ont dénoncé une augmentation de la violence physique faite à leurs membres, ce qui a mené à des modifications législatives, dont un amendement au Code criminel canadien. Il existe une abondante littérature à propos de la violence à l'égard des conducteurs d'autobus, laquelle a été identifiée comme un facteur de risque pour la santé et la sécurité des travailleurs du transport public [70]. Aux États-Unis, les chauffeurs de taxi sont également disproportionnellement touchés par la violence, avec un taux d'homicide quatre fois plus élevé que pour d'autres groupes de travailleurs [71].

⁵ Voir le chapitre 7 sur la violence à l'école.

Aussi, une récente revue de la littérature sur la violence dans l'industrie hôtelière, incluant la violence physique ainsi que le harcèlement psychologique et sexuel, révèle que les travailleurs de ce secteur sont fortement affectés par la violence au travail [72].

Au Québec, une étude menée en centres de détention montre que les agressions des détenus à l'égard des agents de services correctionnels sont relativement rares et que lorsqu'elles surviennent, il s'agit généralement d'agressions physiques relativement mineures et de violence psychologique [73]. Cependant, une autre étude portant sur les agents des services correctionnels au Québec conclut que le harcèlement psychologique entre les membres du personnel est particulièrement élevé [74]. Une étude menée auprès de la même population a conduit au développement d'une typologie des formes de violence interpersonnelle [75].

Par ailleurs, une étude danoise comparant la violence physique et les menaces de violence dans quatre secteurs d'activité, soit l'éducation spécialisée, la psychiatrie, les soins auprès des personnes âgées et les prisons, conclut que les travailleurs des prisons sont moins exposés à la violence physique que les travailleurs des autres catégories d'emploi à l'étude. De plus, les travailleurs des prisons sont plus susceptibles d'être menacés que d'être victimes de violence physique. Des quatre secteurs ciblés par l'étude, le secteur des prisons est le seul dont la majorité des travailleurs sont des hommes [7].

Au Royaume-Uni, une étude portant sur les différences de genre dans l'exposition des policiers à la violence interne et externe conclut qu'il n'y a aucune différence entre la violence faite aux hommes et aux femmes exerçant le métier de policier, et ce, peu importe la forme de violence [76].

Travail domestique

Les travailleuses et travailleurs domestiques, et particulièrement ceux qui vivent dans les résidences de leurs employeurs, sont reconnus pour être vulnérables aux mauvais traitements, incluant les agressions sexuelles et d'autres formes de violence. Cette situation a été documentée dans la littérature [77,78], ce qui a mené à l'adoption, en 2011, de la convention 189 de l'OIT sur les travailleuses et travailleurs domestiques, et traitant explicitement de la violence et des sévices dont ils sont victimes (Organisation internationale du travail Convention [n° 189] sur les travailleuses et travailleurs domestiques, 2011, article 5).

Ampleur de la violence au travail au Québec

Trois principales sources, permettant d'estimer l'ampleur de la violence au travail au Québec, ont permis de documenter cette section portant sur la prévalence de la violence au travail au Québec, et sur les principaux secteurs d'activité et catégories professionnelles visés. L'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST⁶) a permis de recueillir des données sur la violence physique, le harcèlement psychologique et le harcèlement sexuel. La dernière édition de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), menée en 2014-2015, documente également la prévalence du harcèlement psychologique au travail. Enfin, le dernier rapport présentant les statistiques sur les lésions attribuables à la violence en milieu de travail de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) 2011-2014, publié en 2016, décrit les dossiers ouverts à la CNESST pour des lésions psychiques et des lésions physiques attribuables à la violence en milieu de travail.

Les données québécoises permettant d'estimer la prévalence de la violence en milieu de travail indiquent que le harcèlement psychologique est un phénomène beaucoup plus fréquent que la violence physique. Selon l'EQCOTESST, 14,8 % des travailleurs ont déclaré avoir été victimes de harcèlement psychologique au cours des douze mois précédant l'enquête, alors que 1,9 % ont déclaré avoir vécu de la violence physique [79].

⁶ L'EQCOTESST est une enquête menée en 2007-2008 sur un échantillon représentatif de la population qui travaille.

Par ailleurs, les données récentes de l'EQSP 2014-2015 révèlent qu'environ 20 % des travailleurs estiment avoir été victimes de harcèlement psychologique au travail à l'occasion, souvent ou très souvent au cours de la dernière année (EQSP, 2016)⁷.

Selon les plus récentes données de l'EQSP (2016), les travailleurs du secteur des services (18 %) sont plus nombreux à déclarer avoir été victimes de harcèlement psychologique, comparativement à ceux du secteur primaire⁸ (12 %) ou de la construction (14 %). Les résultats de l'EQCOTESST [79] abondent dans le même sens et spécifient que les travailleurs en contact avec le public sont davantage exposés au harcèlement psychologique, au harcèlement sexuel et à la violence physique que ceux qui ne le sont pas. Le secteur des soins de santé et des services sociaux est celui qui présente la prévalence la plus élevée de ces trois formes de violence, suivi par le secteur des services gouvernementaux ou parapublics, et par le secteur de l'enseignement.

Lorsqu'on examine la prévalence de la violence au travail selon les catégories d'emploi, l'EQSP révèle que les travailleurs de la catégorie professionnelle « gestion » seraient moins susceptibles de déclarer avoir vécu du harcèlement psychologique que les autres catégories d'emploi. Des analyses multivariées menées sur les données de l'EQCOTESST (2011) ont permis de constater que le statut socioéconomique est protecteur pour les hommes, alors que ce n'est pas le cas pour les femmes [80]. En effet, ces analyses ont révélé que les taux d'exposition des professionnelles (17,1 % comparativement à 8,3 % chez les hommes), des cadres supérieurs et intermédiaires (15,4 % comparativement à 4,4 % chez les hommes) et des superviseurs et des gestionnaires de première ligne (20,0 % comparativement à 8,3 % chez les hommes) montrent que, contrairement à leurs homologues masculins, elles ne sont pas protégées contre l'exposition au harcèlement psychologique. Cela est confirmé par des analyses multivariées qui montrent que les hommes dans ces catégories professionnelles sont significativement moins susceptibles d'être exposés au harcèlement psychologique au travail. En date de la publication de ce chapitre, de telles analyses n'ont pas été menées sur les données de l'EQSP. À cet égard, une étude finlandaise portant sur le harcèlement psychologique de femmes cadres montre que ces dernières peuvent être la cible de harcèlement en provenance à la fois du bas et du haut de la hiérarchie, ou encore en provenance des collègues [81].

Selon la CNESST, les lésions attribuables à la violence en milieu de travail représentent 2,29 % de l'ensemble des lésions avec indemnités de remplacement du revenu⁹ en 2014 [82]. Cette même année, 1891 lésions attribuables à la violence en milieu de travail ont été acceptées, ce qui correspond à 76,4 % des demandes déposées en 2014 à la CNESST au regard de ce type de lésion. De ce nombre, le quart (24,4 %) correspond à des lésions de type psychique, alors que 75 % sont des lésions de type physique. En 2014, 46,3 % des demandes relatives à des lésions psychiques attribuables à la violence au travail ont été acceptées¹⁰ par la CNESST, comparativement à 96,7 % des demandes pour les lésions de nature physique attribuables à la violence. Cette même année, 70,3 % des lésions acceptées touchent les femmes. L'interprétation de ces statistiques doit se faire avec prudence puisqu'elles ne rendent pas compte des taux d'exposition des travailleurs à la violence au travail, mais plutôt des taux de lésions associées à la violence déclarées à la CNESST par les travailleurs, puis acceptées par cette même instance. Les travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux sont les plus touchés en ce qui a trait aux lésions attribuables à la violence au travail acceptées en 2014, représentant 37,3 % des cas, suivis par les enseignants (19,0 %) [82].

⁷ La question portant sur le harcèlement psychologique est légèrement différente d'une enquête à l'autre. Pour cette raison, toute comparaison doit être faite avec prudence.

⁸ Fait référence aux industries des domaines suivants : agriculture, foresterie, pêche et chasse, extraction minière, et extraction de pétrole et de gaz.

⁹ L'indemnité de remplacement du revenu (IRR) est versée par la CNESST à un travailleur qui est jugé incapable d'occuper son emploi pendant une période donnée.

¹⁰ Les lésions acceptées peuvent inclure une IRR ou non, selon le cas.

Facteurs organisationnels associés à la violence en milieu de travail

Il existe de nombreux écrits en lien avec les causes organisationnelles du harcèlement psychologique au travail dont les études proviennent principalement d'Europe, d'Australie et d'Amérique du Nord. Trois catégories de facteurs organisationnels associés à la violence sont présentées dans le présent chapitre : les risques psychosociaux, les contrats de travail atypiques, et la normalisation de la violence dans la culture organisationnelle.

Risques psychosociaux du travail

Les risques psychosociaux du travail sont définis comme « des facteurs qui sont liés à l'organisation du travail, aux pratiques de gestion, aux conditions d'emploi et aux relations sociales et qui augmentent la probabilité d'engendrer des effets néfastes sur la santé physique et psychologique des personnes exposées » [83]. Les facteurs de risque psychosociaux universellement reconnus sont la demande psychologique (charge de travail), la latitude décisionnelle (autonomie), le soutien social des collègues et du supérieur, la reconnaissance au travail et la justice organisationnelle [84–87]. Il a été démontré qu'une exposition à ces risques du travail, surtout lorsque l'exposition est prolongée, augmente les risques de développer des problèmes de santé psychologiques et physiques. La combinaison d'une charge de travail élevée et d'une faible autonomie du travail – phénomène appelé « tension au travail » – est reconnue comme particulièrement délétère.

Les défis occasionnés par les risques psychosociaux du travail sont importants dans plusieurs pays, et les liens avec la violence dans les milieux de travail ont été l'objet d'une attention considérable dans la littérature [88–90]. Le harcèlement est lui-même considéré comme un risque psychosocial du travail, mais des études montrent que d'autres risques psychosociaux peuvent être précurseurs de la violence en milieu de travail.

Une recherche ayant pour but de comparer les conditions de travail dans des centres de soins résidentiels desservant les personnes âgées dans trois provinces canadiennes¹¹ et dans quatre pays, suivant le modèle scandinave de services sociaux, révèle de grandes différences concernant les niveaux d'exposition des travailleurs canadiens à la violence physique, à la violence verbale et à des attentions sexuelles non désirées. L'étude compare les données de deux enquêtes, utilisant essentiellement le même questionnaire, mais dont les méthodes de distribution diffèrent¹². Selon les résultats de cette étude, les Canadiens travaillant en centre de soins résidentiels pour personnes âgées sont 6 fois plus susceptibles d'être victimes de violence physique quotidienne, 4 fois plus à risque d'être exposés à de la violence verbale, et 23 fois plus susceptibles de faire l'objet d'attentions sexuelles non désirées que leurs homologues scandinaves. Les auteurs associent en partie ces différences de résultats aux facteurs structurels qui exposent les travailleurs des centres de soins résidentiels aux personnes âgées du Canada à plusieurs risques psychosociaux au travail¹³. Les risques identifiés incluent une charge de travail élevée, un manque de personnel, une faible latitude décisionnelle et un faible soutien social [37]. Cette étude est un exemple parmi plusieurs permettant de mettre en évidence les liens entre la violence au travail et les risques psychosociaux du travail.

En Australie, une étude portant sur le travail des policiers documente les liens entre certains risques psychosociaux du travail, soit une combinaison d'une charge de travail élevée, d'une faible latitude décisionnelle et d'un faible soutien social, et un taux élevé de dénonciations de harcèlement psychologique. Les auteurs rapportent que des conditions de travail stressantes peuvent contribuer au développement d'interactions négatives au travail entre un supérieur et un subordonné ou entre collègues, lesquelles peuvent éventuellement mener à des situations de harcèlement. Plusieurs études ont d'ailleurs démontré des

¹¹ Ontario, Manitoba et Nouveau-Brunswick.

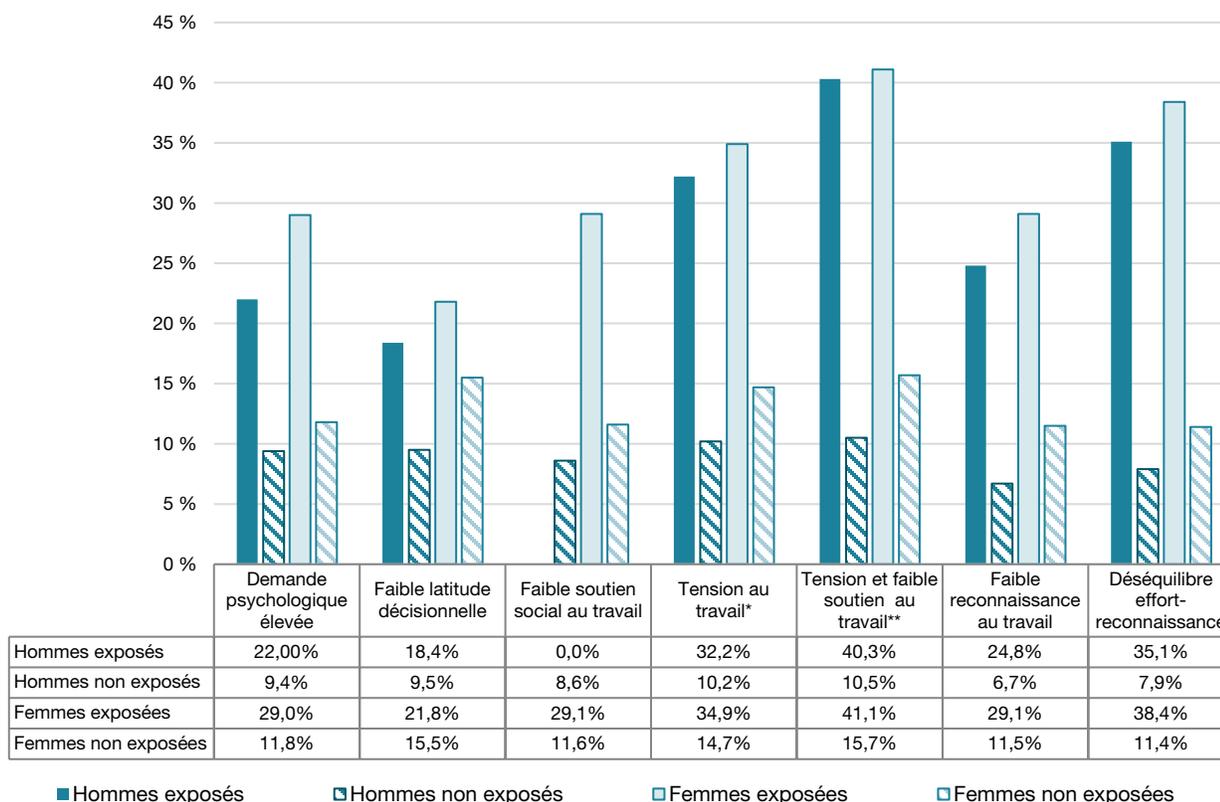
¹² Pour cette raison, l'interprétation des données doit se faire avec prudence.

¹³ Un autre élément d'explication amené par les auteurs concerne les différences culturelles dans l'interprétation de la violence.

associations entre le harcèlement psychologique et d'autres risques psychosociaux du travail, tels que la charge de travail, la tension au travail, le déséquilibre entre les efforts et la reconnaissance, les conflits de rôle et l'insécurité d'emploi [40,79,91-94].

Dans l'EQCOTESST [79], tous les risques psychosociaux étudiés sont associés au harcèlement psychologique, et les résultats sont significatifs pour les deux sexes [80]. La figure ci-dessous présente les prévalences de harcèlement psychologique associées aux risques psychosociaux au travail, pour les hommes et pour les femmes, exposés et non exposés.

Figure 2 Prévalence du harcèlement psychologique au travail selon l'exposition à des risques psychosociaux du travail selon le genre



* Tension au travail : combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle.

** Combinaison d'une forte demande psychologique, d'une faible latitude décisionnelle et d'un faible soutien social.

Source : Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) [80].

Insécurité d'emploi, durée des contrats d'emploi et exposition à la violence

Il a été démontré dans certaines études que l'exposition à diverses formes de violence au travail est associée aux contrats d'emploi à durée déterminée (travail occasionnel ou temporaire). Des études en Australie et au Québec ont montré que le travail à durée déterminée augmente les risques d'être exposé au harcèlement sexuel [79,95]. L'Enquête européenne sur les conditions de travail [88] indique pour sa part que les employés ayant un contrat de travail à durée déterminée sont plus susceptibles d'être la cible de violence au travail, incluant les agressions verbales, l'attention sexuelle non désirée, les menaces de violence et les comportements humiliants. En ce qui concerne plus spécifiquement le harcèlement psychologique au travail, une étude australienne [96] rapporte que les travailleurs occupant un emploi temporaire sont moins exposés

au harcèlement psychologique que les travailleurs avec des contrats à durée indéterminée. Des résultats similaires ont été obtenus dans l'EQCOTESST menée au Québec [79] en ce qui concerne les emplois temporaires, ainsi que les emplois non syndiqués, qui seraient associés à une plus faible exposition au harcèlement psychologique que des emplois permanents et des emplois syndiqués bien que, paradoxalement, l'insécurité d'emploi soit associée à une plus grande exposition au harcèlement psychologique. Les auteurs émettent certaines hypothèses pour interpréter ces résultats qui peuvent sembler surprenants [80]. D'abord, il est possible que le harcèlement psychologique au Québec, en raison des solides protections contractuelles offertes aux travailleurs syndiqués, puisse se produire dans des situations où l'auteur du harcèlement peut retirer des bénéfices à adopter une telle conduite¹⁴. Par exemple, des études faisant état de la jurisprudence québécoise décrivent des situations où le harcèlement psychologique a été utilisé pour tenter d'exclure les travailleurs du milieu de travail après leur retour au travail à la suite d'un congé de maladie. La jurisprudence illustre également des situations où le harcèlement psychologique a été utilisé pour exclure les travailleurs syndiqués dont la présence dérangeait les gestionnaires [98]. Une autre piste d'interprétation amenée par Lippel et ses collaborateurs [80] est que les travailleurs syndiqués soient plus susceptibles d'être au courant du concept de harcèlement psychologique simplement parce qu'ils connaissent mieux leurs droits et sont plus susceptibles d'avoir reçu une formation ou de l'information sur la loi qui encadre le harcèlement psychologique au Québec.

Normalisation de la violence dans la culture organisationnelle

Plusieurs études ciblent la normalisation de la violence au sein de la culture organisationnelle comme l'un des facteurs de risque de la violence au travail, dans le sens où les travailleurs et les employeurs peuvent croire que la violence fait partie du travail. Ce facteur a comme effet de rendre la violence invisible, puisque les travailleurs et les employeurs ne rapportent pas les incidents de violence, rendant ainsi la prévention difficile [7,99,100]. Selon Bishop et ses collaborateurs [101], tant les collègues que les supérieurs hiérarchiques peuvent contribuer au processus de normalisation de la violence. On retrouverait ce phénomène de normalisation de la violence dans le secteur de l'éducation [7] et celui de la santé [7,102–105]. Le harcèlement sexuel serait également perçu comme faisant partie du travail dans certains milieux de travail de l'industrie hôtelière [106,107]. Ce phénomène contribue à une banalisation de la violence.

Les effets sur la santé de l'exposition à la violence au travail

Il existe de nombreuses études documentant les effets sur la santé de l'exposition à la violence physique et psychologique en milieu de travail [60,79,108–114]. Une revue de la littérature conclut que les conséquences de la violence psychologique sur la santé peuvent être aussi sévères que celles associées à la violence physique, et que la violence au travail est un risque à la santé dans tous les pays, sans égard au niveau de développement économique [115]. Plusieurs recherches montrent que le harcèlement psychologique peut mener au développement de problèmes de santé mentale, incluant la dépression [79,109,113], la détresse psychologique [79,80], le syndrome de stress post-traumatique [116] et les idées suicidaires [117,118]. Les études ont également démontré que le harcèlement psychologique au travail peut avoir des effets persistants sur la santé [119]. Il est à noter que la violence psychologique (dont le harcèlement sexuel) peut avoir des effets sur la santé physique, incluant les troubles musculo-squelettiques [120–122].

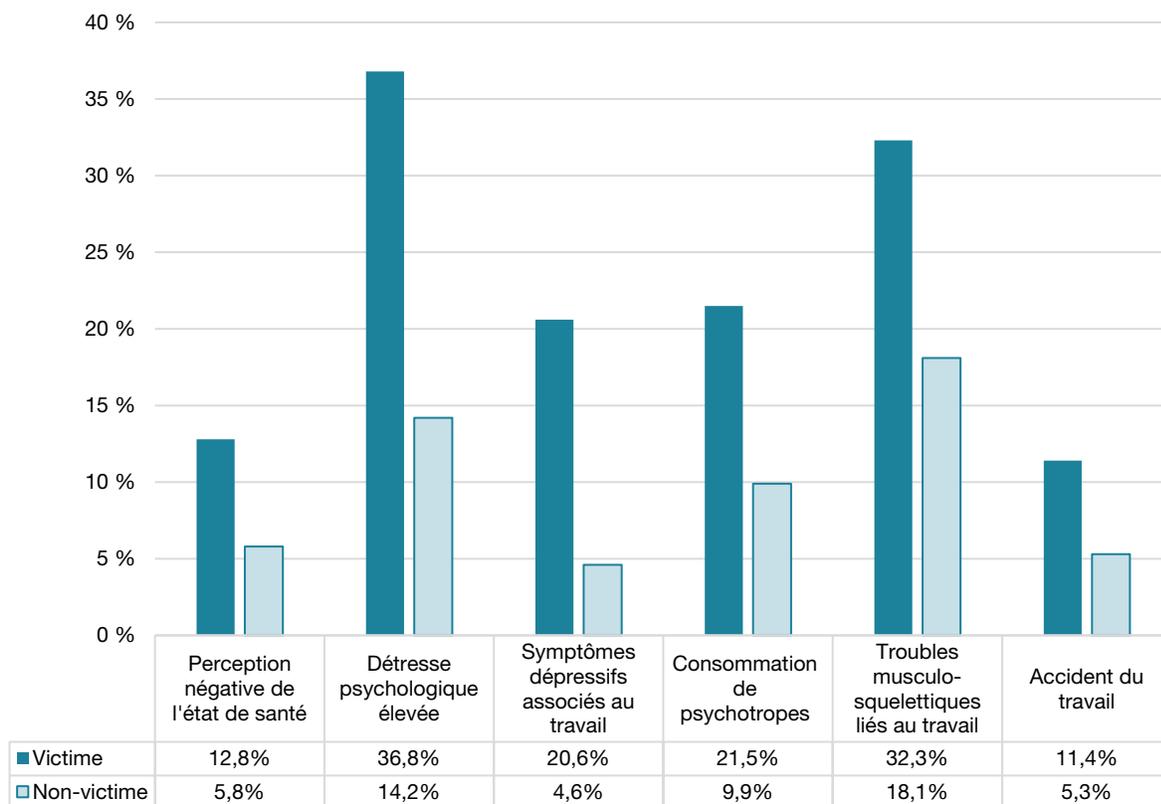
Selon une méta-analyse, le statut de l'auteur de la violence, qu'il soit un supérieur, un collègue ou une personne externe à l'organisation, n'entraîne pas de différences significatives concernant les effets de la violence sur la santé de la victime [123].

¹⁴ Cette hypothèse fait référence au concept de harcèlement stratégique amené par Salin et Hoel (2011) [97].

Voici quelques faits saillants concernant les liens entre l'exposition à la violence au travail et la santé au Québec :

- Les personnes exposées à la violence au travail sont plus nombreuses, en proportion, à avoir une moins bonne perception de leur état de santé générale, une moins bonne santé mentale et musculo-squelettique, que les personnes qui n'y sont pas exposées (Source : EQCOTESST, 2011).
- Le cumul de plusieurs types de violence (harcèlement psychologique, harcèlement sexuel et violence physique) est associé à des prévalences de mauvaise santé plus importantes que celles qui sont associées à l'exposition à une seule forme de violence (Source : EQCOTESST, 2011).
- Les travailleurs qui se disent victimes de harcèlement psychologique au travail sont proportionnellement plus nombreux à considérer que la détresse psychologique ressentie est liée à leur travail (79 %) que ceux qui déclarent ne pas vivre de harcèlement (12 %) (Source : EQSP, 2016).
- Parmi les lésions psychiques attribuables à la violence au travail et acceptées par la CNESST, 25,1 % ont conduit à une absence du travail de plus d'un an. Les débours moyens de la CNESST pour ce type de lésion ont augmenté de 29,9 % entre 2011 et 2014, malgré une baisse du nombre de lésions acceptées pour la même période (Source : CNESST, 2016).
- Comme le montre la figure 3, l'exposition au harcèlement psychologique, en tant que victime, est associée à l'ensemble des mesures de conséquences négatives sur la santé.

Figure 3 Prévalence d'indicateurs de santé en fonction de l'exposition au harcèlement psychologique des travailleurs québécois en 2007-2008



Source : Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) [80].

Stratégies de prévention de la violence au travail

L'approche en santé publique aborde la prévention de la violence au travail en visant autant que possible à réduire ou à éliminer ses causes. Les interventions organisationnelles ont généralement plus de chances d'avoir des impacts sur l'élimination des causes associées aux situations de violence en milieu de travail, mais des interventions individuelles peuvent également être réalisées [2]. Une revue systématique portant sur des interventions en milieu de travail élaborées pour diminuer le harcèlement ou l'incivilité a permis d'analyser de façon spécifique douze interventions. De ces interventions, la moitié mettait l'accent sur les comportements ou les connaissances individuelles à propos du harcèlement et de l'incivilité, mais les résultats démontrent que les interventions organisationnelles sont préférables aux interventions ciblant les individus [124–126]. Selon ces études, des interventions visant à identifier les situations où il y a des risques de harcèlement et à les éliminer, des interventions ciblant l'amélioration des pratiques de gestion et de l'organisation du travail au sein des équipes, et le développement des connaissances et des compétences des gestionnaires en matière de prévention du harcèlement sont des exemples d'interventions organisationnelles jugées efficaces. De plus, de telles interventions sont flexibles et adaptées au contexte organisationnel et reposent sur les principes de participation et de développement du pouvoir d'agir des travailleurs, ainsi que sur les principes d'engagement et de réactivité de l'employeur. Ces principes correspondent généralement aux bonnes pratiques en matière de promotion de la santé psychologique en milieu de travail. Toutefois, les auteurs de ces études mettent en garde à l'égard du peu de recherches recensées utilisant des critères méthodologiques rigoureux, limitant ainsi l'interprétation de l'efficacité des interventions.

Il existe également plusieurs recherches évaluatives dans le domaine de la prévention de la violence psychologique au travail [55,125]. Certaines de ces études concluent que les stratégies utilisées devraient être différentes selon les secteurs. Par exemple, des stratégies seraient plus appropriées pour le secteur privé et d'autres pour le secteur public [127–129]. En France, l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) a publié un modèle d'intervention visant à soutenir les milieux de travail dans leurs activités de prévention de la violence psychologique. Ce modèle insiste sur l'importance de considérer le contexte organisationnel dans l'analyse des incidents de violence, et inclut plusieurs outils permettant aux responsables d'organisations de mieux intervenir dans les situations de violence au travail [130].

Comme mentionné précédemment, des études dans le domaine de la santé au travail ont trouvé des liens entre la violence et d'autres risques psychosociaux du travail [80,131–134]. Par conséquent, plusieurs stratégies proposées dans la littérature ciblant des risques psychosociaux du travail, tels que le manque de soutien social de la part du supérieur et des collègues ou la faible autonomie décisionnelle [61], peuvent prévenir la violence. Au Québec, une étude présente une intervention participative visant à prévenir la violence interne au travail dans trois centres de détention [135]. L'intervention a été conçue par un comité paritaire, et trois catégories de changements organisationnels ont été ciblées afin de prévenir la violence : l'adoption de pratiques plus participatives qui reconnaissent l'importance de chaque employé; l'adaptation des méthodes de travail afin de définir des lignes directrices dans les procédures de travail; et le développement de moyens et de mesures permettant de favoriser de saines relations interpersonnelles et le bien-être personnel. Cette intervention a eu des répercussions positives sur le plan de la prévention de la violence dans les trois centres où elle a été implantée, en améliorant le soutien social et l'autonomie décisionnelle. Ces travaux dans les centres de détention québécois ont mené au développement d'une démarche de prévention primaire de la violence au travail et d'un outil Web novateur, en partenariat avec les milieux de travail (Jauvin et collaborateurs, 2013; IRSST¹⁵). Selon un rapport d'expert sur la violence, cibler les risques psychosociaux du travail qui sont liés, d'une part, à l'environnement et à la structure organisationnelle du lieu de travail et, d'autre part, à une situation et des conditions de travail particulières, contribuerait dans une large mesure à prévenir la violence. Inclure explicitement les risques de violence dans

¹⁵ <http://www.irsst.qc.ca/prevention-violence/index.html>

les systèmes de gestion de la santé et de la sécurité des entreprises rendrait probablement les lieux de travail plus sûrs [4].

La prévention de la violence physique en milieu de travail est souvent centrée sur la violence externe. La violence physique externe est parfois attribuable à des facteurs organisationnels sur lesquels il est possible d'agir. Certaines études suggèrent que la prévention primaire de la violence au travail commence par l'amélioration de la qualité des services, ce qui peut nécessiter un investissement pour embaucher plus de personnel, le développement de mécanismes de plaintes pour accueillir les insatisfactions de la clientèle, mais aussi la mise en place de mécanismes participatifs qui permettent aux travailleurs d'être entendus dans le développement de stratégies visant l'amélioration des relations avec la clientèle [37,136]. À titre d'exemple, l'OIT a publié des directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé, un secteur particulièrement touché par la violence externe. L'approche privilégiée est une approche systématique de prévention dont les actions se décomposent en une série d'étapes allant de la reconnaissance de la violence, à l'évaluation des risques, à l'intervention, puis à la surveillance et l'évaluation. Les moyens de prévention ciblent des interventions sur le plan de l'organisation, des interventions environnementales visant à sécuriser les lieux physiques, des interventions sur les personnes et des interventions postérieures à l'événement [137].

Les politiques organisationnelles qui prônent la tolérance zéro à l'égard de la violence, ou encore l'établissement de normes en matière de promotion de la santé ciblant la prévention de la violence sont d'autres exemples de stratégies préventives. En Australie, une enquête portant sur les professionnels de la santé a permis de constater qu'au moins quatre types d'interventions visant à prévenir la violence étaient présents dans 60 % des milieux de travail à l'étude. Ces interventions sont : des politiques, des protocoles et des procédures visant la tolérance zéro de la violence au travail; un système de dénonciation et de suivi des incidents; des restrictions d'accès pour les patients et le public; et des systèmes de sécurité dans les bâtiments [138].

La Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail (CAN/CSA-Z1003-13/BNQ 9700-803/2013), laquelle couvre la protection psychologique contre la violence, l'intimidation et le harcèlement, est un exemple de stratégie permettant de donner des lignes directrices aux organisations afin d'intervenir à différents niveaux de prévention. Cette norme, dont l'application est volontaire, propose des recommandations sur les plans individuel et organisationnel afin de minimiser les facteurs de risque à la santé psychologique. Cette norme nationale a été classée première mondiale dans une revue systématique visant à déterminer la qualité de normes et de programmes internationaux en matière de santé mentale au travail [139]. Bien que ne portant pas exclusivement sur la prévention de la violence, cette norme canadienne cible d'autres facteurs de risque qui ont un impact sur la santé psychologique et l'environnement psychosocial de travail, tels que la participation et l'influence, les exigences psychologiques de l'emploi, la reconnaissance et la gestion de la charge de travail. Ceux-ci sont des exemples de facteurs de risque psychosociaux du travail qui peuvent avoir une influence sur les situations de violence.

La prévention de la violence en milieu de travail par la réglementation¹⁶

Au Québec, même en l'absence de dispositions spécifiques, les lois sur la santé et la sécurité du travail encadrent la prévention des agressions (Loi sur la santé et la sécurité du travail [LSST]) et le droit à l'indemnisation pour les conséquences de celles-ci (Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles [LATMP]). De plus, des dispositions spécifiques portent sur le harcèlement psychologique au travail (Loi sur les normes du travail [LNT]). C'est la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) qui est l'organisme chargé de la réparation et de la prévention des lésions professionnelles depuis la fusion de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) avec la Commission des normes du travail (CNT) en 2016. La CNESST s'assure également de la promotion et du respect des obligations légales des employeurs en matière de harcèlement psychologique au travail.

¹⁶ Cette section ne couvre pas la totalité des recours légaux applicables en cas de violence au travail.

Plus spécifiquement, l'article 51 de la LSST énonce le devoir de l'employeur de protéger la santé et d'assurer la sécurité et l'intégrité physique de ses travailleurs. Cet article permet à la CNESST d'intervenir dans les organisations afin de s'assurer que l'employeur met en place les moyens nécessaires pour réduire les risques d'agression contre ses employés [140], et s'applique aussi à la protection de la santé mentale des travailleurs [141]. Bien que l'objectif général de prévention devrait toujours être d'éliminer les causes, Lippel et Lanctôt [140] rappellent qu'il est extrêmement important de mettre en place des stratégies visant à limiter ou à atténuer les conséquences néfastes de cette violence. Même en l'absence de texte explicite, la LATMP prévoit le droit à l'indemnisation pour une lésion professionnelle attribuable à une agression au travail. Ce droit est habituellement déterminé sur la base de la définition d'un « accident du travail », que l'article 2 de la loi définit comme : « Un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle. » Seul le harcèlement psychologique comme forme spécifique de violence au travail est encadré par la Loi sur les normes du travail. En effet, l'article 81.19 accorde aux travailleurs « le droit à un milieu de travail exempt de harcèlement psychologique » et prescrit le devoir de l'employeur de « prendre les moyens raisonnables pour prévenir le harcèlement psychologique et, lorsqu'une telle conduite est portée à sa connaissance, pour la faire cesser » (Loi sur les normes du travail, 2002). La définition du harcèlement psychologique au travail selon cet article se lit comme suit : « une conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et qui entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste. Une seule conduite grave peut aussi constituer du harcèlement psychologique si elle porte une telle atteinte et produit un effet nocif continu pour le salarié. »

La prévention de la violence en milieu de travail passe également par la légifération, laquelle aura des impacts plus grands si elle tient compte des considérations de genre. L'élaboration d'instruments visant à réglementer la violence en milieu de travail doit viser la promotion de l'égalité en milieu de travail. La législation devrait également tenir compte de la nécessité de disposer d'incitatifs efficaces pour la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Lorsque des règles juridiques exigent la prévention de la violence au travail et la protection des travailleurs à cet égard, il est plus facile de promouvoir les avantages, pour une organisation, d'investir dans la mise en place de politiques organisationnelles ciblant la violence, car le non-respect des lois comporte un prix pour les organisations, comme pour les personnes responsables de la protection de la santé des travailleurs [142].

■ En somme

La violence en milieu de travail peut se manifester sous différentes formes, et peut être interne à l'organisation ou externe. Les données disponibles sur les taux d'exposition des travailleurs québécois à la violence sont peu nombreuses et ne mesurent pas toutes les formes de violence. Les données de l'EQCOTESST (2011) permettent de comparer le harcèlement psychologique, le harcèlement sexuel et la violence physique, et indiquent que le harcèlement psychologique serait la forme de violence au travail la plus fréquente. Comme ailleurs dans le monde, il y a lieu de présumer que le phénomène de la violence au travail au Québec est sous-estimé, en raison notamment des conséquences potentielles à utiliser les mesures de dénonciation existantes. Or, la violence au travail est un enjeu à considérer du point de vue de la santé publique. Ses effets sur la santé des travailleurs ont été documentés. De plus, les analyses différenciées selon le sexe des données de l'EQCOTESST [80] ont permis de mettre en lumière des inégalités sociales associées à la problématique de la violence au travail. En effet, ces données permettent de constater que les femmes sont disproportionnellement ciblées par le harcèlement psychologique et le harcèlement sexuel. De plus, en matière de harcèlement psychologique, la position occupée dans la hiérarchie de l'organisation est protectrice pour les hommes (plus on se trouve à des échelons supérieurs, plus on est protégé), alors que ce n'est pas le cas pour les femmes. En effet, les hommes sont moins victimes de harcèlement psychologique lorsqu'ils occupent une position hiérarchique supérieure, alors que ce n'est pas le cas pour les femmes qui demeurent à risque même lorsqu'elles occupent des postes de gestion. Certains secteurs sont davantage touchés par le phénomène de la violence au travail, tels que le secteur de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation qui ressortent particulièrement dans différents pays, mais aussi au Québec. D'ailleurs, pour la première fois, la CNESST a structuré son intervention plus spécifiquement dans le secteur des « soins de santé et de l'assistance sociale » afin de définir une stratégie d'intervention à long terme en concertation avec le milieu pour agir sur le risque de violence au travail (CNESST, planification pluriannuelle 2017-2019). Parmi les interventions préventives jugées efficaces, celles ayant une portée organisationnelle ciblant les risques psychosociaux du travail seraient à privilégier, parce qu'elles permettent d'éliminer à la source des risques associés à l'émergence de manifestations de violence, tant externes qu'internes, dans les milieux de travail. La réglementation est également un instrument de prévention efficace, de par les obligations de prévention et de réparation qu'elle impose.

Références

- [1] Lippel K. *Addressing Occupational Violence: An overview of conceptual and policy considerations viewed through a gender lens*. [En ligne]. Geneva : International Labour Office, 2016. Disponible sur : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_535656.pdf
- [2] Chappell D., Di Martino V. *Violence at work*. [En ligne]. Third edition. Geneva : International Labour Office, 2006. 360 p. Disponible sur : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_publ_9221108406_en.pdf
- [3] Bureau international du travail. *Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène*. Genève : Organisation internationale du travail, 2003.
- [4] Bureau international du travail. *Réunion d'experts sur la violence contre les femmes et les hommes dans le monde du travail*. Genève : Organisation internationale du travail, 2016.
- [5] Berlingieri A. « Workplace bullying: Exploring an emerging framework ». *Work Employ. Soc.* [En ligne]. 2015. Vol. 29, n°2, p. 342-353. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0950017014563105>
- [6] Organisation internationale du travail et collab. *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé*. Genève : Organisation internationale du travail, 2002.
- [7] Rasmussen C. A., Hogh A., Andersen L. P. « Threats and physical violence in the workplace: a comparative study of four areas of human service work ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. Septembre 2013. Vol. 28, n°13, p. 2749-2769. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0886260513487987>
- [8] Jones T. et collab. « Workplace assaults in Britain: Understanding the influence of individual and workplace characteristics ». *Br. J. Criminol.* [En ligne]. Janvier 2011. Vol. 51, n°1, p. 159-178. Disponible sur : <https://doi.org/10.1093/bjc/azq064>
- [9] Lippel K. « The Law of Workplace Bullying ». *Comp. Labor Law Policy J.* 2010. Vol. 32, p. 1-302.
- [10] Einarsen S. et collab. *Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research, and Practice*. 2nd edition. Boca Raton, FL : CRC Press, 2011. 512 p. ISBN : 978-1-4398-0489-6.
- [11] Fisekovic M. B. et collab. « Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia ». *Eur. J. Public Health* [En ligne]. 2015. Vol. 25, n°4, p. 693-698. Disponible sur : <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku247>
- [12] Guay S., Goncalves J., Jarvis J. « Verbal violence in the workplace according to victims' sex—a systematic review of the literature ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. 2014. Vol. 19, n°5, p. 572-578. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.08.001>
- [13] Di Martino V. et collab. *Prévention du harcèlement et de la violence sur le lieu de travail*. Luxembourg : Office des publications officielles des communautés européennes, 2003. ISBN : 92-897-0212-5.
- [14] Ather R. A. *Sexual Harassment at Workplace and Protective Measures for Women: National and International Perspectives*. [En ligne]. Rochester, NY : Social Science Research Network, 2014. Disponible sur : <https://papers.ssrn.com/abstract=2461158>
- [15] Bond M. A. et collab. *Expanding Our Understanding of the Psychosocial Work Environment: A Compendium of Measures of Discrimination, Harassment and Work-Family Issues*. [En ligne]. NIOSH, 2007. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-104/pdfs/2008-104.pdf>
- [16] Casas Becerra L. « Un Estudio Sobre Las Quejas Por Acoso Sexual Ante Inspeccion Del Trabajo: Desafio Y Oportunidades De La Ley 20.005 ». *Santiago Rev. Estud. Laborales*. 2016. Vol. 7, p. 25-50.
- [17] Huen Y. W. P. « Workplace Sexual Harassment in Japan: A Review of Combating Measures Taken ». *Asian Surv.* [En ligne]. 2007. Vol. 47, n°5, p. 811-827. Disponible sur : <https://doi.org/10.1525/as.2007.47.5.811>
- [18] Bureau international du travail. *Étude d'ensemble sur les conventions fondamentales concernant les droits au travail à la lumière de la Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable, 2008: troisième question à l'ordre du jour : informations et rapports sur l'application des conventions et recommandations : rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations (articles 19, 22 et 35 de la Constitution)*. [En ligne]. Genève : Bureau international du travail, 2012. Disponible sur : <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=991936>
- [19] Lippel K., Cox R., Aubé I. « Interdiction du harcèlement et protection de la vie privée et des droits fondamentaux ». In : *Rapp. Individ. Collect. Trav.* Montréal : LexisNexis, 2010.
- [20] Cox R. « From Sexual to Psychological Harassment: One Step Forward, Twenty-Five Years Back for Women's Equality at Work? » In : Day S, Lamarche L, Norman K (éd.). *14 Argum. Favour Hum. Rights Inst.* Toronto : 2014.
- [21] Eurofound. *Physical and Psychological Violence at the Workplace*. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2013.
- [22] Van De Griend K. M., Messias D. K. H. « Expanding the conceptualization of workplace violence: Implications for research, policy, and practice ». *Sex Roles* [En ligne]. Juillet 2014. Vol. 71, n°1-2, p. 33-42. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0353-0>
- [23] McDonald P., Charlesworth S. « Workplace sexual harassment at the margins ». *Work Employ. Soc.* [En ligne]. février 2016. Vol. 30, n°1, p. 118-134. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0950017014564615>

- [24] Chew P. K. *Freeing Racial Harassment from the Sexual Harassment Model*. [En ligne]. Pittsburgh : University of Pittsburgh School of law, 2007. (University of Pittsburgh School of law Working paper series). Disponible sur : <http://law.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1054&context=pittlwps>
- [25] Premji S., Lewchuk W. « Racialized and gendered disparities in occupational exposures among Chinese and white workers in Toronto ». *Ethn. Health* [En ligne]. 2014. Vol. 19, n°5, p. 512-528. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/13557858.2013.848843>
- [26] Fevre R. et collab. « The ill-treatment of employees with disabilities in British workplaces ». *Work Employ. Soc.* [En ligne]. 2013. Vol. 27, n°2, p. 288-307. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0950017012460311>
- [27] Sangganjanavanich V. F., Cavazos J. J. « Workplace aggression: Toward social justice and advocacy in counseling for transgender individuals ». *J. LGBT Issues Couns.* [En ligne]. Juillet 2010. Vol. 4, n°3-4, p. 187-201. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/15538605.2010.524844>
- [28] Ferfolja T. « Lesbian Teachers, Harassment and the Workplace ». *Teach. Teach. Educ. Int. J. Res. Stud.* 2010. Vol. 26, n°3, p. 408-414.
- [29] Wathen C. N., MacGregor J. C. D., MacQuarrie B. J. « The Impact of Domestic Violence in the Workplace: Results From a Pan-Canadian Survey ». *J. Occup. Environ. Med. Am. Coll. Occup. Environ. Med.* [En ligne]. juillet 2015. Vol. 57, n°7, p. e65-e71. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000499>
- [30] Brown J. B. « Costs of Domestic Violence in the Employment Arena: A Call for Legal Reform and Community-Based Education Initiatives ». *Va. J. Soc. Policy Law.* 2008. Vol. 16, n°1, p. 1-45.
- [31] Goldscheid J. « Gender Violence and Work in the United States and South Africa: The Parallel Processes of Legal and Cultural Change ». *Am. Univ. J. Gend. Soc. Policy Law.* 2009. Vol. 19, p. 921-958.
- [32] Rayner-Thomas M. M. *The Impacts of Domestic Violence on Workers and the Workplace*. [En ligne]. Thesis, Master of Public Health. University of Auckland, 2013. Disponible sur : http://makeitourbusiness.ca/sites/makeitourbusiness.ca/files/ImpactsofDomesticViolenceonWorkersandtheWorkplace_New%20Zealand_MargaretRayner-Thomas.pdf
- [33] Melzer S. A. « Gender, work, and intimate violence: Men's occupational violence spillover and compensatory violence ». *J. Marriage Fam.* [En ligne]. Novembre 2002. Vol. 64, n°4, p. 820-832. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00820.x>
- [34] Martinez Soledad K. « Not Just Domestic Violence: The Role of the Workplace in Mitigating Abusers ». *Univ. Md. Law J. Race Relig. Gend. Cl.* 2015. Vol. 15, n°1, p. 170-189.
- [35] De Léséleuc S. *Criminal Victimization in the Workplace*. [En ligne]. Ottawa : Statistique Canada, 2007. (Série de profils du Centre canadien de la statistique juridique). Disponible sur : <https://www.publicsafety.gc.ca/lbrr/archives/cnmcs-plcng/cn000033259112-eng.pdf>
- [36] Heiskanen M. « Violence at work in Finland; Trends, contents, and prevention ». *J. Scand. Stud. Criminol. Crime Prev.* [En ligne]. 2007. Vol. 8, n°1, p. 22-40. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/14043850701278473>
- [37] Banerjee A. et collab. « Structural violence in long-term, residential care for older people: Comparing Canada and Scandinavia ». *Soc. Sci. Med.* [En ligne]. 2012. Vol. 74, n°3, p. 390-398. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.037>
- [38] Banerjee A. et collab. « "Careworkers don't have a voice:" Epistemological violence in residential care for older people ». *J. Aging Stud.* [En ligne]. 2015. Vol. 33, p. 28-36. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.02.005>
- [39] Women's Legal and Human Rights Bureau, Inc. *From impunity to justice: Domestic legal remedies for cases of technology-related violence against women*. [En ligne]. Women's Legal and Human Rights Bureau, Inc, 2015. Disponible sur : <http://www.genderit.org/node/4268/>
- [40] D'Cruz P., Noronha E., Beale D. « The workplace bullying-organizational change interface: Emerging challenges for human resource management ». *Int. J. Hum. Resour. Manag.* [En ligne]. 2014. Vol. 25, n°10, p. 1434-1459. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/09585192.2013.870314>
- [41] Forssell R. « Exploring cyberbullying and face-to-face bullying in working life – prevalence, targets and expressions ». *Comput. Hum. Behav.* [En ligne]. 2016. Vol. 58, p. 454-460. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.01.003>
- [42] Privitera C., Campbell M. A. « Cyberbullying: the new face of workplace bullying? ». *Cyberpsychology Behav. Impact Internet Multimed. Virtual Real. Behav. Soc.* [En ligne]. Août 2009. Vol. 12, n°4, p. 395-400. Disponible sur : <https://doi.org/10.1089/cpb.2009.0025>
- [43] Sczesny S., Stahlberg D. « Sexual harassment over the telephone: occupational risk at call centres ». *Work Stress.* Avril 2000. Vol. 14, n°2, p. 121-136.
- [44] Chevalier A. et collab. « Working conditions and psychosocial risk factors of employees in French electricity and gas company customer support departments ». *Int. Arch. Occup. Environ. Health* [En ligne]. 2011. Vol. 84, n°1, p. 7-18. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s00420-010-0595-2>
- [45] Li X., Zhou E. « Influence of customer verbal aggression on employee turnover intention ». *Manag. Decis.* [En ligne]. 2013. Vol. 51, n°4, p. 890-912. Disponible sur : <https://doi.org/10.1108/00251741311326635>
- [46] Nath V. « Aesthetic and emotional labour through stigma: National identity management and racial abuse in offshored Indian call centres. » *Work Employ. Soc.* [En ligne]. Décembre 2011. Vol. 25, n°4, p. 709-725. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0950017011419726>
- [47] WorkSafeBC. « Occupational Health and Safety Regulation - WorkSafeBC ». 1998. Disponible sur : <https://www.worksafebc.com/en/law-policy/occupational-health-safety/searchable-ohs-regulation/ohs-regulation> (consulté le 3 mai 2017)

- [48] Stanley K. M. et collab. « Examining lateral violence in the nursing workforce ». *Issues Ment. Health Nurs.* [En ligne]. Novembre 2007. Vol. 28, n°11, p. 1247-1265. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/01612840701651470>
- [49] AbuAlRub R. F., Al Khawaldeh A. T. « Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in Jordan ». *J. Clin. Nurs.* [En ligne]. 2014. Vol. 23, n°13-14, p. 1937-1947. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/jocn.12473>
- [50] El Ghaziri M. et collab. « Work schedule and client characteristics associated with workplace violence experience among nurses and midwives in sub-Saharan Africa ». *JANAC J. Assoc. Nurses AIDS Care* [En ligne]. 2014. Vol. 25, n°1, Suppl, p. S79-S89. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jana.2013.07.002>
- [51] Pompeii L. et collab. « Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: A review of the literature and existing occupational injury data ». *J. Safety Res.* [En ligne]. Février 2013. Vol. 44, p. 57-64. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2012.09.004>
- [52] Van den Bossche S. et collab. « Workplace violence and the changing nature of work in Europe: Trends and risk groups ». *Eur. J. Work Organ. Psychol.* [En ligne]. Octobre 2013. Vol. 22, n°5, p. 588-600. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.690557>
- [53] Estrada F. et collab. « Violence at Work—The Emergence of a Social Problem ». *J. Scand. Stud. Criminol. Crime Prev.* 2010. Vol. 11, n°1, p. 46-65.
- [54] Estrada F., Nilsson A., Wikman S. « "Det Ökade Våldet I Arbetslivet. En Analys Utifrån De Svenska Offerundersökningarna / the Increase in Work-Related Violence: An Analysis Based on Swedish Victim Surveys ». *Nord. Tidsskr. Kriminalvetenskap.* 2007. Vol. 94, p. 56-73.
- [55] Wassell J. T. « Workplace violence intervention effectiveness: A systematic literature review ». *Saf. Sci.* [En ligne]. Octobre 2009. Vol. 47, n°8, p. 1049-1055. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2008.12.001>
- [56] Menendez C. C., Foley M., Rauser E. « Evaluating progress in reducing workplace violence: Trends in Washington State workers' compensation claims rates, 1997-2007. ». *Work.* mai 2012. Vol. 42, n°1, p. 67-81.
- [57] Boyle M. et collab. « A pilot study of workplace violence towards paramedics ». *Emerg. Med. J. EMJ.* 2007. Vol. 24, n°11, p. 760-763.
- [58] Bayman P. A., Hussain T. « Receptionists' perceptions of violence in general practice ». *Occup. Med. Oxf. Engl.* 2007. Vol. 57, n°7, p. 492-498.
- [59] Hanson G. C. et collab. « Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study ». *BMC Public Health* [En ligne]. 2015. Vol. 15, p. 11-11. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12889-014-1340-7>
- [60] Ansoleaga E., Gómez-Rubio C., Mauro A. « [Workplace violence in Latin America: A review of the scientific evidence] ». *Vertex B. Aires Argent.* 2015. Vol. 26, n°124, p. 444-452.
- [61] Ariza-Montes A. et collab. « Workplace Bullying Among Teachers: An Analysis From the Job Demands-Resources (JD-R) Model Perspective ». *J. Occup. Environ. Med. Am. Coll. Occup. Environ. Med.* [En ligne]. 2016. Vol. 58, n°8, p. 818-827. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000804>
- [62] Espelage D. et collab. « Understanding and Preventing Violence Directed against Teachers: Recommendations for a National Research, Practice, and Policy Agenda ». *Am. Psychol.* 2013. Vol. 68, n°2, p. 75-87.
- [63] Gerberich S. G. et collab. « Case-control study of student-perpetrated physical violence against educators ». *Ann. Epidemiol.* [En ligne]. 2014. Vol. 24, n°5, p. 325-332. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2014.02.006>
- [64] McMahon S. D. et collab. « Violence Directed against Teachers: Results from a National Survey ». *Psychol. Sch.* 1 août 2014. Vol. 51, n°7, p. 753-766.
- [65] Moon B. et collab. « Violence against teachers in South Korea: Negative consequences and factors leading to emotional distress. ». *Violence Vict.* [En ligne]. 2015. Vol. 30, n°2, p. 279-292. Disponible sur : <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00184>
- [66] Ozdemir S. M. « An Investigation of Violence against Teachers in Turkey ». *J. Instr. Psychol.* 1 janvier 2012. Vol. 39, n°1, p. 51-62.
- [67] Reddy L. A. et collab. « Violence against Teachers: Case Studies from the APA Task Force ». *Int. J. Sch. Educ. Psychol.* 1 janvier 2013. Vol. 1, n°4, p. 231-245.
- [68] Tiesman H. M. et collab. « Workplace homicides among U.S. women: the role of intimate partner violence ». *Ann. Epidemiol.* [En ligne]. Avril 2012. Vol. 22, n°4, p. 277-284. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2012.02.009>
- [69] Wilson C. M., Douglas K. S., Lyon D. R. « Violence against Teachers: Prevalence and Consequences ». *J. Interpers. Violence.* 1 août 2011. Vol. 26, n°12, p. 2353-2371.
- [70] Tse J. L. M., Flin R., Mearns K. « Bus driver well-being review: 50 years of research ». *Transp. Res. Part F Traffic Psychol. Behav.* [En ligne]. Mars 2006. Vol. 9, n°2, p. 89-114. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.trf.2005.10.002>
- [71] Schwer R. K., Mejza M. C., Grun-Réhomme M. « Workplace Violence and Stress: The Case of Taxi Drivers ». *Transp. J. Am. Soc. Transp. Logist. Inc.* 2010. Vol. 49, n°2, p. 5-23.
- [72] Ram Y. « Hostility or hospitality? A review on violence, bullying and sexual harassment in the tourism and hospitality industry ». *Curr. Issues Tour.* [En ligne]. 14 juillet 2015. p. 1-15. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/13683500.2015.1064364>

- [73] Gomez del Prado G. « Intimidation en Milieu Carcéral : Effet sur les Pratiques Professionnelles des Agents Correctionnels du Québec ». *Criminologie*. 2012. Vol. 45, p. 301-322.
- [74] Bourbonnais R. et collab. « Psychosocial work environment, interpersonal violence at work and mental health among correctional officers ». *Int. J. Law Psychiatry* [En ligne]. 2007. Vol. 30, n°4-5, p. 355-368. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jilp.2007.06.008>
- [75] Jauvin N., Cousineau M.-M., Vézina M. « Violence interpersonnelle au travail : typologie des acteurs, agresseurs et cibles ». *Pist. Perspect. Interdiscip. Sur Trav. Santé*. Novembre 2011. Vol. 13, n°2, p. 1-22.
- [76] Santos A. et collab. « Gender differences in exposure to co-worker and public-initiated violence: assessing the impact of work-related violence and aggression in police work ». *Work Stress*. Avril 2009. Vol. 23, n°2, p. 137-154.
- [77] Blackett A. « The decent work for domestic workers convention and recommendation, 2011 ». *Am. J. Int. Law*. 2012. Vol. 106, n°4, p. 778-794.
- [78] Chen M. A. « Recognizing Domestic Workers, Regulating Domestic Work : Conceptual, Measurement, and Regulatory Challenges. » *Can. J. Women Law*. 2011. Vol. 23, p. 167-184.
- [79] Lippel K. et collab. « Violence au travail : harcèlement psychologique, harcèlement sexuel et violence physique ». In : *Enq. Québécoise Sur Cond. Trav. D'emploi Santé Sécurité Trav. EQCOTESST* [En ligne]. Montréal : Institut de recherche Robert Sauvé en santé et sécurité du travail, Institut national de santé publique du Québec, Institut de la Statistique du Québec, 2011. p. 326-399. Disponible sur : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-691.pdf>
- [80] Lippel K. et collab. « Workplace psychological harassment: Gendered exposures and implications for policy ». *Int. J. Law Psychiatry* [En ligne]. Mai 2016. Vol. 46, p. 74-87. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jilp.2016.05.001>
- [81] Salin D. « Workplace bullying among business professionals: Prevalence, gender differences and the role of organizational politics ». *Pist. Perspect. Interdiscip. Sur Trav. Santé* [En ligne]. Novembre 2005. Vol. 7, n°3,. Disponible sur : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2007-06279-002&lang=fr&site=ehost-live>
- [82] Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. *Statistiques sur les lésions attribuables à la violence en milieu de travail 2011-2014*. Québec : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2016.
- [83] Vézina M., Chénard C. *Grille d'identification de risques psychosociaux au travail*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2016.
- [84] Elovainio M., Kivimäki M., Vahtera J. « Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health ». *Am. J. Public Health*. 2002. Vol. 92, n°1, p. 105-108.
- [85] Johnson J. V., Hall E. M. « Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population ». In : Steptoe A et collab. (éd.). *Psychosoc. Process. Health Read.* [En ligne]. New York : Cambridge University Press, 1994. p. 25-42. Disponible sur : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1995-97424-002&lang=fr&site=ehost-live>
- [86] Karasek R., Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York : Basic Books, 1990. 381 p.
- [87] Siegrist J. « Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions ». *J. Occup. Health Psychol.* [En ligne]. Janvier 1996. Vol. 1, n°1, p. 27-41. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- [88] Eurofound. *Violence and harassment in European workplaces: Causes, impacts and policies.* [En ligne]. Dublin : Eurofound, 2015. Disponible sur : https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_comparative_analytical_report/field_of_documents/ef14_73en.pdf
- [89] Eurofound, EU-OSHA. *Psychosocial risks in Europe prevalence and strategies for prevention: a joint report from the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions and the European Agency for Safety and Health at Work*. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2014.
- [90] Hansez I., Mairiaux P. *Conditions de travail et effets sur la santé des travailleurs: focus sur la prévention primaire*. Belgique : Emploi, travail et concertation sociale, 2016.
- [91] Baillien E., De Witte H. « The relationship between the occurrence of conflicts in the work unit, the conflict management styles in the work unit and workplace bullying ». *Psychol. Belg.* [En ligne]. 2009. Vol. 49, n°4, p. 207-226. Disponible sur : <https://doi.org/10.5334/pb-49-4-207>
- [92] Baillien E. et collab. « The Demand-Control model and target's reports of bullying at work: A test within Spanish and Belgian blue-collar workers ». *Eur. J. Work Organ. Psychol.* [En ligne]. 2011. Vol. 20, n°2, p. 157-177. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/13594320903271929>
- [93] De Cuyper N., Baillien E., De Witte H. « Job insecurity, perceived employability and targets' and perpetrators' experiences of workplace bullying ». *Work Stress*. 2009. Vol. 23, n°3, p. 206-224.
- [94] Tuckey M. R. et collab. « Workplace bullying: The role of psychosocial work environment factors ». *Int. J. Stress Manag.* [En ligne]. Août 2009. Vol. 16, n°3, p. 215-232. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/a0016841>
- [95] LaMontagne A. D. et collab. « Unwanted sexual advances at work: variations by employment arrangement in a sample of working Australians ». *Aust. N. Z. J. Public Health*. avril 2009. Vol. 33, n°2, p. 173-179.

- [96] Keuskamp D. et collab. « Workplace bullying a risk for permanent employees. » *Aust. N. Z. J. Public Health* [En ligne]. Avril 2012. Vol. 36, n°2, p. 116-119. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2011.00780.x>
- [97] Salin D., Hoel H. « Organisational causes of workplace bullying ». In : Einarsen S et collab. (éd.). *Bullying Harass. Workplace Dev. Theory Res. Pract. Second Ed.* Boca Raton : CRC Press, 2011. p. 227-243.
- [98] Lippel K., Cox R. « Droit de la santé au travail régissant les problèmes de santé mentale: Prévention, indemnisation et réadaptation ». In : Lippel K, Vallée G (éd.). *Santé Sécurité Trav.* Montréal : Lexis Nexis Canada, 2014.
- [99] Baines D. « Staying with People Who Slap Us Around: Gender, Juggling Responsibilities and Violence in Paid (and Unpaid) Care Work ». *Gend. Work Organ.* [En ligne]. 2006. Vol. 13, n°2, p. 129-151. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2006.00300.x>
- [100] Blando J., Ridenour M., Hartley D. « Barriers to Effective Implementation of Programs for the Prevention of Workplace Violence in Hospitals ». *Prof. Saf.* 2016. Vol. 61, n°4, p. 30-30.
- [101] Bishop V., Korczynski M., Cohen L. « The invisibility of violence: Constructing violence out of the job centre workplace in the UK ». *Work Employ. Soc.* [En ligne]. 2005. Vol. 19, n°3, p. 583-602. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0950017005055671>
- [102] Baby M., Glue P., Carlyle D. « "Violence is Not Part of Our Job": A Thematic Analysis of Psychiatric Mental Health Nurses' Experiences of Patient Assaults from a New Zealand Perspective ». *Issues Ment. Health Nurs.* [En ligne]. 2014. Vol. 35, n°9, p. 647-655. Disponible sur : <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.892552>
- [103] Gates D. M., Gillespie G. L., Succop P. « Violence Against Nurses and its Impact on Stress and Productivity ». *Nurs. Econ.* 2011. Vol. 29, n°2, p. 59-67.
- [104] Jones J., Lyneham J. « Violence: part of the job for Australian nurses? ». *Aust. J. Adv. Nurs.* décembre 2000. Vol. 18, n°2, p. 27-32.
- [105] Pich J. et collab. « Patient-related violence at triage: a qualitative descriptive study ». *Int. Emerg. Nurs.* [En ligne]. Janvier 2011. Vol. 19, n°1, p. 12-19. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.11.007>
- [106] Albin E. « A Worker–Employer–Customer Triangle: The Case of Tips ». *Ind. Law J.* 2011. Vol. 40, n°2, p. 180-206.
- [107] Matulewicz K. « Law and the Construction of Institutionalized Sexual Harassment in Restaurants ». *Can. J. Law Soc. Can. Droit Soc. Camb. Univ. Press.* décembre 2015. Vol. 30, n°3, p. 401-419.
- [108] Conway P. M. et collab. « Workplace bullying and sickness presenteeism: cross-sectional and prospective associations in a 2-year follow-up study ». *Int. Arch. Occup. Environ. Health* [En ligne]. 2016. Vol. 89, n°1, p. 103-114. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1055-9>
- [109] Gullander M. et collab. « Exposure to workplace bullying and risk of depression ». *J. Occup. Environ. Med.* [En ligne]. 2014. Vol. 56, n°12, p. 1258-1265. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000339>
- [110] Hogh A. et collab. « Bullying or violence during training and the risk of dropout from the eldercare sector 2 years later ». *Scand. J. Caring Sci.* [En ligne]. Décembre 2012. Vol. 26, n°4, p. 730-737. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00986.x>
- [111] Hogh A., Mikkelsen E. G., Hansen A. M. « Individual Consequences of Workplace Bullying/Mobbing ». In : Einarsen S et collab. (éd.). *Bullying Harass. Workplace Dev. Theory Res. Pract. Second Ed.* Boca Raton : CRC Press, 2011. p. 107-128. ISBN : 978-1-4398-0489-6.
- [112] Nielsen M. B., Indregard A.-M. R., Øverland S. « Workplace bullying and sickness absence: a systematic review and meta-analysis of the research literature. » *Scand. J. Work. Environ. Health* [En ligne]. 2016. Vol. 42, n°5, p. 359-370. Disponible sur : <https://doi.org/10.5271/sjweh.3579>
- [113] Rugulies R. et collab. « Bullying at work and onset of a major depressive episode among Danish female eldercare workers ». *Scand. J. Work. Environ. Health* [En ligne]. Mai 2012. Vol. 38, n°3, p. 218-227. Disponible sur : <https://doi.org/10.5271/sjweh.3278>
- [114] Samnani A.-K., Singh P. « 20 years of workplace bullying research: A review of the antecedents and consequences of bullying in the workplace. » *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. Novembre 2012. Vol. 17, n°6, p. 581-589. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.08.004>
- [115] Mayhew C., Chappell D. « Workplace violence: An overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets ». *Int. J. Law Psychiatry* [En ligne]. Juillet 2007. Vol. 30, n°4-5, p. 327-339. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.06.006>
- [116] Birkeland Nielsen M. et collab. « Post-traumatic stress disorder as a consequence of bullying at work and at school. A literature review and meta-analysis ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. 2015. Vol. 21, p. 17-24. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.01.001>
- [117] Birkeland Nielsen M. et collab. « Workplace Bullying and Suicidal Ideation: A 3-Wave Longitudinal Norwegian Study ». *Am. J. Public Health* [En ligne]. 2015. Vol. 105, n°11, p. e23-e28. Disponible sur : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302855>
- [118] Nielsen M. B. et collab. « Does exposure to bullying behaviors at the workplace contribute to later suicidal ideation? A three-wave longitudinal study ». *Scand. J. Work. Environ. Health* [En ligne]. 2016. Vol. 42, n°3, p. 246-250. Disponible sur : <https://doi.org/10.5271/sjweh.3554>
- [119] Bonde J. P. et collab. « Health correlates of workplace bullying: a 3-wave prospective follow-up study ». *Scand. J. Work. Environ. Health* [En ligne]. 2016. Vol. 42, n°1, p. 17-25. Disponible sur : <https://doi.org/10.5271/sjweh.3539>

- [120] Stock S. R., Tissot F. « Are there health effects of harassment in the workplace? A gender-sensitive study of the relationships between work and neck pain ». *Ergonomics* [En ligne]. Février 2012. Vol. 55, n°2, p. 147-159. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/00140139.2011.598243>
- [121] Vignoli M. et collab. « Workplace Bullying as a Risk Factor for Musculoskeletal Disorders: The Mediating Role of Job-Related Psychological Strain ». *Biomed Res. Int.* [En ligne]. 2015. Vol. 2015, p. 712642-712642. Disponible sur : <https://doi.org/10.1155/2015/712642>
- [122] Yang H. et collab. « Workplace psychosocial and organizational factors for neck pain in workers in the United States ». *Am. J. Ind. Med.* juillet 2016. Vol. 59, n°7, p. 549-560.
- [123] Hershcovis S. M., Barling J. « Towards a multi-foci approach to workplace aggression: A meta-analytic review of outcomes from different perpetrators. » *J. Organ. Behav.* [En ligne]. 2010. Vol. 31, n°1, p. 24-44. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/job.621>
- [124] Gillen P. A. et collab. « Interventions for prevention of bullying in the workplace ». *Cochrane Database Syst. Rev.* [En ligne]. 2017. Vol. 1, p. CD009778. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009778.pub2>
- [125] Hodgins M., MacCurtain S., Mannix-McNamara P. « Workplace bullying and incivility: a systematic review of interventions ». *Int. J. Workplace Health Manag.* [En ligne]. 2014. Vol. 7, n°1, p. 54-72. Disponible sur : <https://doi.org/10.1108/IJWHM-08-2013-0030>
- [126] Vartia M., Leka S. « Interventions for the Prevention and Management of Bullying at Work ». In : Einarsen S et collab. (éd.). *Bullying/Harass. Workplace Dev. Theory Res. Pract. Second Ed.* Boca Raton : CRC Press, 2011. p. 359-379.
- [127] Fredericksen E. D., McCorkle S. « Explaining organizational responses to workplace aggression ». *Public Pers. Manag.* [En ligne]. 2013. Vol. 42, n°2, p. 223-238. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0091026013487050>
- [128] Gadegaard C. A., Andersen L. P., Høgh A. « Effects of Violence Prevention Behavior on Exposure to Workplace Violence and Threats: A Follow-Up Study ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. 2015. Disponible sur : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&b=mdc&AN=26621037&lang=fr&site=ehost-live>
- [129] Tummers L., Brunetto Y., Teo S. T. T. « Workplace aggression: Introduction to the special issue and future research directions for scholars ». *Int. J. Public Sect. Manag.* [En ligne]. 11 janvier 2016. Vol. 29, n°1, p. 2-10. Disponible sur : <https://doi.org/10.1108/IJPSM-11-2015-0200>
- [130] Favaro M. « Violences au travail : un modèle-cadre pour comprendre et intervenir ». *Concours Méd.* 2016. Vol. 138, n°1, p. 64-66.
- [131] Bruhn A., Frick K. « Why it was so difficult to develop new methods to inspect work organization and psychosocial risks in Sweden ». *Saf. Sci.* [En ligne]. 2011. Vol. 49, n°4, p. 575-581. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2010.07.011>
- [132] Rasmussen M. B., Hansen T., Nielsen K. T. « New tools and strategies for the inspection of the psychosocial working environment: The experience of the Danish Working Environment Authority ». *Saf. Sci.* avril 2011. Vol. 49, n°4, p. 565-574.
- [133] Velázquez M. « Spanish Code of Practice on Work-Related Bullying: Reflections on European Law and Its Impact on a National Strategy for Labor Inspectors ». *Comp. Labor Law Policy J.* 2010. Vol. 32, p. 185-224.
- [134] Velázquez M. *Analyse comparée du contrôle de la prévention des risques psychosociaux par les inspections du travail européennes.* 2013.
- [135] Dussault J. et collab. *Prévention de la violence entre membres d'une même organisation de travail : évaluation d'une intervention participative.* Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2010.
- [136] Moreau S. et collab. *Quand Travailler Exposé à un Risque d'agression : Des Incivilités aux Violences Physiques.* Paris : Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), 2010. (Note scientifique et technique).
- [137] ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé.* [En ligne]. Genève : BIT, 2002. Disponible sur : <http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2002/482744.pdf> (consulté le 3 mai 2017)
- [138] Hills D. J., Joyce C. M., Humphreys J. S. « Workplace aggression prevention and minimisation in Australian clinical medical practice settings - a national study ». *Aust. Health Rev.* [En ligne]. 2013. Vol. 37, n°5, p. 607-613. Disponible sur : <https://doi.org/10.1071/AH13149>
- [139] Memish K. et collab. « Workplace mental health: An international review of guidelines ». *Prev. Med.* [En ligne]. 2017. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.03.017>
- [140] Lippel K., Lanctôt N. « La violence physique au travail et la santé : le droit québécois régissant l'indemnisation et la prévention ». *Workplace Violence Health Law Gov. Work. Compens. Prev. Québec.* Octobre 2014. Vol. 69, n°4, p. 785-812.
- [141] Lippel K., Vézina M., Cox R. « Protection of workers' mental health in Québec: Do general duty clauses allow labour inspectors to do their job? ». *Saf. Sci.* [En ligne]. Avril 2011. Vol. 49, n°4, p. 582-590. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2010.04.011>
- [142] Cazi E. « Suicides à France Télécom: des dirigeants menacés de poursuites pour harcèlement moral ». *Le Monde.* 7 juillet 2016.

Chapitre 10

La violence vécue en milieu autochtone

Odile Bergeron, Faisca Richer et Isabelle Duguay

Révision scientifique (par ordre alphabétique) :
Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

Messages clés

- Au Canada, « Autochtone » est un terme légal utilisé pour définir les premiers peuples et leurs descendants. Au Québec, les communautés autochtones ont en commun d'avoir été établies au cours de vagues de sédentarisation et d'avoir été, pour la plupart, légalement instituées par les autorités gouvernementales canadiennes. La majorité des Premières Nations et des Inuit au Québec réside dans l'une des 55 communautés autochtones réparties sur le territoire de la province.
- Les populations autochtones au Québec s'inscrivent dans des contextes sociaux et culturels complexes, dynamiques et hétérogènes à maints égards.
- La violence vécue en milieu autochtone présente plusieurs caractéristiques similaires à la violence vécue dans les milieux non autochtones, entre autres en matière de facteurs de risque et de conséquences sur la santé.
- À cette violence s'ajoute la violence collective qui se manifeste par les limites structurelles imposées par les nombreuses politiques gouvernementales dans à peu près tous les domaines du développement économique et social des populations autochtones au pays. Ce type de violence est en fait souvent désigné par le terme « violence structurelle » ou « racisme systémique ».
- La violence vécue en milieu autochtone ne peut donc être interprétée strictement comme l'expression d'un comportement individuel ou d'un problème circonscrit à quelques ménages, mais doit plutôt être comprise comme un phénomène social aux causes multiples.
- Les populations autochtones sont davantage victimes d'actes violents que les populations non autochtones.
- Les conséquences de la violence vécue par les Autochtones sur leur santé s'ajoutent au fardeau de l'état de santé déjà défavorable de la population, et compromettent le développement des individus et des communautés.
- L'inadéquation ou le manque de services et de programmes sociaux et de santé socialement et culturellement sécuritaires peuvent interférer dans la réduction de la violence.
- Le soutien aux peuples autochtones dans l'exercice de leur droit à l'autodétermination, ainsi que l'engagement de divers acteurs pour s'attaquer aux problèmes structurels qui nuisent au développement et à l'essor de leurs communautés sont essentiels à la pleine réalisation des actions à mettre en place pour réduire la violence vécue par les populations autochtones.

Préambule

Le présent chapitre vise à faire état d'une situation qui est d'autant plus complexe qu'elle est extrêmement sensible. Les auteures tiennent à préciser qu'elles ne peuvent prétendre avoir réussi à rendre pleinement justice à cette thématique avec toute l'exhaustivité requise. De plus, les exigences du processus d'édition pour le présent ouvrage font également en sorte que le texte a principalement été rédigé par des professionnelles non autochtones. Bien qu'il ait été relu, commenté et corrigé par de nombreuses personnes issues d'organisations visant à représenter les intérêts des diverses populations autochtones au Québec, ce texte est limité par l'absence d'un réel savoir expérientiel de la part des personnes qui doivent, au quotidien, faire face aux situations décrites ici.

Introduction

Qu'ils résident ou non dans une communauté, les populations autochtones vivent d'importantes et de persistantes disparités sociales et de santé en comparaison avec le reste de la population canadienne [1–6]. Des écarts sont généralement observés pour les maladies chroniques, certaines maladies infectieuses, ainsi que pour plusieurs indicateurs de santé des jeunes enfants [7]. Cela est également vrai pour la prévalence de la violence.

Même s'il existe une grande diversité au sein des Nations et des communautés autochtones, la prévalence de la violence dans ces milieux est une préoccupation de santé publique majeure. Ainsi, à l'instar des autres disparités de santé observées dans les populations autochtones, la fréquence et la sévérité de la violence vécues dans certaines communautés sont le reflet du cumul d'un plus grand nombre de facteurs, dont certains d'entre eux se manifestent de façon plus importante. De plus, les populations autochtones se distinguent du reste de la population ailleurs au pays par leur histoire collective marquée par les politiques colonialistes visant leur assimilation et leur exclusion sociale. Cette histoire collective a mené à un cumul de facteurs associés à la violence collective, interpersonnelle et à celle auto-infligée.

L'objectif poursuivi dans ce chapitre est double. Il s'agit d'abord de bien décrire la violence vécue en milieu autochtone et les multiples enjeux qui la caractérisent, ce qui permettra de mieux comprendre la genèse et le cycle de perpétuation de la violence dans ces contextes. Aussi, même si les déterminants proximaux de ces comportements chez les Autochtones semblent similaires à ceux que l'on retrouve dans d'autres populations (problèmes de santé mentale, consommation d'alcool, antécédents personnels d'abus ou de violence familiale, etc.), leurs causes profondes diffèrent en raison de leur contexte historique et politique.

Les causes historiques qui expliquent les situations actuelles doivent être reconnues si l'on désire développer des interventions susceptibles d'être efficaces à long terme. Différentes actions doivent également se poursuivre afin d'offrir aux enfants et à leur famille un contexte de vie sécuritaire permettant le développement de leur bien-être. Ces actions, comme il sera discuté, doivent s'appuyer sur la force de résilience des cultures et la mobilisation des collectivités autochtones afin de favoriser leur rôle actif dans la création de solutions innovantes. Et pour favoriser leur pleine réalisation, ces actions doivent être inscrites dans un contexte qui soutient pleinement les peuples autochtones dans l'exercice de leur droit à l'autodétermination [8].

Nous parlons de tant de niveaux de violence, de tant de générations perdues, et tout cela est couvert par des couches de silence... Pour aller de l'avant, nous devons faire face à toutes les choses dont les gens ne veulent pas parler. Nous devons tirer les leçons des vies perdues. Nous devons renverser la situation. [traduction libre]

Beverley Jacobs, présidente de l'Association des femmes autochtones du Canada, août 2009 [9]

Les populations autochtones au Québec

Au Canada, « Autochtone » est un terme légal utilisé pour définir les premiers peuples et leurs descendants. La Loi constitutionnelle de 1982 reconnaît trois groupes distincts, soit les Premières Nations (avec ou sans statut), les Inuit et les Métis. Au Québec, étant donné qu'aucun groupe métis n'a été légalement reconnu, l'emploi du terme « Autochtone » renvoie généralement aux dix Premières Nations¹ et au peuple inuit.

Selon les résultats de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011 et de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2012, la population ayant déclaré une identité autochtone² au Canada était de 1 409 100, ce qui représentait 4,3 % de la population canadienne [11]. Au Québec, 141 915 personnes avaient déclaré une identité autochtone lors de ces mêmes enquêtes, soit 1,8 % de la population québécoise [12]. De ce nombre, 82 425 personnes ont déclaré appartenir à une Première Nation, 40 955 ont déclaré une identité métis, alors que 12 570 personnes ont déclaré une identité inuit [12]³.

Comme ailleurs au Canada, la population autochtone au Québec est jeune. Par exemple, les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec indiquent que l'âge médian des Premières Nations du Québec, pour l'année 2008, était de 28 ans [16]. Au Nunavik, les résultats de l'enquête de santé de 2004 montrent que 40 % de la population est âgée de moins de 15 ans [17].

La majorité des Autochtones au Québec réside dans l'une des 55 communautés autochtones réparties sur le territoire de la province [18] (voir l'encadré *La « communauté autochtone »*). Cela dit, de plus en plus d'Autochtones vivent maintenant à l'extérieur de leur communauté d'origine, soit parce qu'ils sont nés en milieu urbain ou parce qu'ils s'y sont installés. Au Québec, le phénomène de mobilité vers les villes est en nette augmentation [19]. Plusieurs villes de la province, dont Montréal, Val-d'Or et La Tuque, présentent des populations autochtones importantes.

¹ Soit les Abénaquis, les Algonquins, les Atikamekw, les Cris, les Hurons-Wendats, les Innus, les Malécites, les Mi'gmaq, les Mohawks et les Naskapis.

² La catégorie « identité autochtone » utilisée par Statistique Canada comprend les personnes qui s'auto-identifient comme suit : « Il s'agit des personnes qui sont Première Nation (Indien de l'Amérique du Nord), Métis ou Inuk (Inuit), et/ou les personnes qui sont des Indiens inscrits ou des traités (aux termes de la Loi sur les Indiens du Canada), et/ou les personnes membres d'une Première Nation ou bande indienne » [10]. Ce faisant, une personne peut s'identifier à un groupe nonobstant l'inscription à un registre ou la reconnaissance légale de ce groupe.

³ Dans ce chapitre, le recours aux données administratives de différentes enquêtes nationales sert surtout à montrer des tendances nationales ou provinciales. Dans la littérature, plusieurs lacunes dans la qualité et la pertinence des données statistiques nationales spécifiques à la population autochtone ont été identifiées, comme le manque d'indicateurs spécifiques aux Autochtones, la faible considération du leadership et de la participation des Autochtones dans le développement de ces indicateurs, ainsi que dans la collecte, la gestion, l'analyse et l'utilisation des données qui les concernent. La qualité des données est également affectée par la non-participation de groupes autochtones et le sous-dénombrement de populations, dont les populations urbaines et itinérantes. Ces lacunes contribuent de façon systématique à une sous-estimation importante des inégalités sociales et de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones au Canada. Elles constituent également un obstacle important à l'implantation et à l'évaluation des interventions fondées sur des données probantes. Le lecteur désirant en savoir davantage est invité à consulter les articles auxquels Smylie a collaboré [13–15].

■ La « communauté autochtone »

Au Québec, le terme « communauté autochtone » est couramment employé pour désigner un lieu habité par un groupe de personnes vivant sur une parcelle de territoire et qui se reconnaît une appartenance familiale, culturelle et historique. Se distinguant les unes des autres à différents égards, les communautés autochtones ont en commun d'avoir été établies au cours de vagues de sédentarisation et d'avoir été, pour la plupart, légalement instituées par les autorités gouvernementales canadiennes.

Trois statuts définissent les communautés dans la province : la réserve, l'établissement indien et la municipalité. Instaurée par la Loi sur les Indiens⁴, la réserve est une parcelle de terre fédérale réservée à l'usage d'une bande. Elle est administrée par un conseil élu pouvant adopter des résolutions pour contrôler l'usage du territoire dévolu [20]. Les réserves sont exclusivement de compétence fédérale. L'établissement indien se distingue de la réserve par le fait que la parcelle de terre qu'il occupe est considérée sans statut fédéral et demeure de juridiction provinciale [20]. De leur côté, les communautés inuit, cries et naskapis se sont vu octroyer le statut de municipalité relevant du ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire lors de la signature de la Convention de la Baie James et du Nord québécois (CBJNQ) et de la Convention du Nord-Est québécois (CNEQ)⁵. Elles sont couramment désignées comme les « communautés conventionnées ». À l'opposé, les communautés des Premières Nations situées sur des territoires qui n'ont pas fait l'objet d'une convention sont désignées comme les « communautés non conventionnées ».

Le positionnement géographique et l'organisation politique et administrative des communautés ont une influence indéniable sur le développement socioéconomique et sociosanitaire des populations autochtones. En effet, les communautés n'ont pas accès de manière égale aux ressources économiques, politiques, éducatives et de santé qui leur permettraient d'accroître leur autonomie et de combler les inégalités qui les distinguent de la population non autochtone. Les programmes gouvernementaux sont majoritairement établis pour les résidents des communautés. Ce faisant, les personnes qui quittent leur communauté d'origine n'ont généralement plus accès à un éventail de services qui leur étaient devenus familiers. Cette situation s'applique particulièrement aux Premières Nations qui laissent derrière elles des services de santé, d'éducation ou de logement social financés par le fédéral et administrés par les conseils de bande locaux, et qui doivent alors se familiariser aux services offerts et administrés par les instances provinciales⁶ [25].

Au-delà de ces considérations, la communauté est régulièrement décrite comme un lieu où se tissent les liens sociaux et où s'enracinent les attaches familiales. Elle est un espace où s'affirme l'identité et se transmet la culture.

⁴ La Loi sur les Indiens est un cadre législatif qui définit les obligations du gouvernement fédéral à l'égard des Premières Nations de plein droit (Indiens inscrits) sur la gestion de la gouvernance, de la fiscalité, du territoire et des ressources, de l'appartenance, de la culture, etc. Pour être reconnus au sens de cette loi, les individus doivent répondre à certains critères et être inscrits au Registre des Indiens tenu par les Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC).

⁵ Ces deux ententes conclues respectivement en 1975 et 1978 constituent un cadre qui définit les droits et les responsabilités sur les ressources et les territoires.

⁶ Au Canada, les Autochtones relèvent principalement de la compétence et de la responsabilité du gouvernement fédéral. Toutefois, « les lois provinciales d'application générale s'appliquent dans les communautés autochtones (Premières Nations et Inuit) dans la mesure où elles n'interfèrent pas avec une loi fédérale » [21]. De plus, une variété de dispositions législatives et politiques impliquent directement les gouvernements provinciaux dans la prestation de services aux Autochtones [22–24]. Par exemple, le gouvernement du Québec finance les services provinciaux qui sont offerts au Nunavik, en Eeyou Istchee et à Kawawachikamach, comme stipulé dans la CBJNQ et la CNEQ. Certaines lois adoptées par l'Assemblée nationale, comme la Loi sur la protection de la jeunesse, sont également en application dans les communautés des Premières Nations situées dans les territoires non conventionnés. Dans ce cas précis, la loi est appliquée lorsque la sécurité ou le développement d'un enfant sont compromis ou à risque.

La mobilité des populations autochtones vers les villes semble s'expliquer par la volonté d'améliorer ses conditions de vie et ses perspectives d'avenir, surtout chez les jeunes (Girard et collaborateurs, 2007, cité dans Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [26]). En effet, selon plusieurs enquêtes auprès des populations autochtones urbaines au Canada et au Québec, la grande majorité des Autochtones qui s'établissent en ville le font principalement pour le travail ou pour poursuivre leurs études. Sont également évoquées, mais dans une plus faible mesure, les mauvaises conditions de logement, ou le besoin de fuir une situation difficile dans leur communauté [19,27]. Enfin, certains mentionnent également le fait d'être « resté coincé en ville » à la suite d'un séjour en milieu de soins ou en prison [28], à un manque de ressources financières pour retourner dans la communauté, ou par crainte de ne plus s'y sentir à l'aise ou bienvenu.

La violence vécue en milieu autochtone

La violence vécue en milieu autochtone présente plusieurs caractéristiques similaires à la violence vécue dans les milieux non autochtones, entre autres en matière de facteurs de risque et de conséquences sur la santé [29–31].

Elle présente toutefois des aspects bien distinctifs dont il est primordial de tenir compte. En effet, il est aujourd'hui admis qu'une compréhension erronée de la violence vécue en milieu autochtone « peut être néfaste [...] et ne fait que renforcer les sentiments de marginalisation et d'impuissance qui sont la source même du problème » [32]. En 1996, la Commission royale sur les peuples autochtones relevait d'ailleurs la nécessité de reconnaître le caractère distinctif de la violence vécue en milieu autochtone. D'abord, la violence ne peut être interprétée strictement comme l'expression d'un comportement individuel ou d'un problème circonscrit à quelques ménages, mais doit plutôt être comprise comme un phénomène social aux causes multiples. Aussi, la violence vécue en milieu autochtone reflète bien souvent un schéma de ruptures de relations sociales qui tient sa source de l'expérience historique autochtone. Cette violence est alimentée par les stéréotypes méprisants à l'égard des Autochtones [33].

Pour tenter d'articuler une définition de la violence vécue par ces populations, la typologie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été retenue dans ce chapitre [34].

D'abord, la **violence collective** envers les Autochtones au Québec, comme ailleurs au Canada, se manifeste par les limites structurelles imposées par les nombreuses politiques gouvernementales dans à peu près tous les domaines du développement économique et social des populations autochtones au pays. Ce type de violence est en fait souvent désigné par le terme « violence structurelle » ou « racisme systémique ». Au Canada, les Autochtones font partie des groupes sociaux les plus susceptibles de devoir composer avec différentes formes d'exclusion [35]. La violence collective agit sur la santé des populations en produisant des inégalités sociales, politiques et économiques qui se transmettent par la construction de déterminants défavorables à la santé et au bien-être [4,6,36,37].

La violence collective a une incidence indéniable sur la violence interpersonnelle vécue par les populations autochtones. Dans sa définition, l'OMS divise la violence interpersonnelle en deux catégories : la violence familiale et la violence communautaire. Cette dernière catégorie comprend différents actes commis « entre des personnes qui ne sont pas apparentées et qui peuvent ne pas se connaître » [34]. Contrairement à cette définition, en milieu autochtone, la violence interpersonnelle est plutôt généralement commise entre des personnes qui se connaissent. Cette forme de violence est désignée comme la « violence latérale ».

La **violence latérale** est décrite comme une forme de violence relationnelle « dirigée vers un membre d'un groupe par d'autres membres d'un même groupe » (Middleton-Moz, 1999 cité dans Chansonneuve [38]). Cette forme de violence paraît facilitée dans les communautés opprimées. Agissant sous l'effet de la colère, de la frustration ou d'un sentiment d'impuissance, des individus peuvent retourner leur colère les uns contre les autres et, en ce sens, intérioriser et reproduire la violence qu'ils ont subie [38–41]. La violence latérale est vécue au sein des familles, des communautés et des organisations, et se caractérise entre autres par le

comméragé, les querelles, le dénigrement, le rejet, l'intimidation, la jalousie, la colère, la rancœur, la méfiance ou encore le manque de confiance envers les autres [38–42]. Au Canada, les pensionnats ont été identifiés comme la cause principale de la violence latérale vécue par les populations autochtones [39].

Sous l'angle communautaire, les autres types de violence interpersonnelle les plus documentés dans la littérature sont les agressions sexuelles, les homicides et la violence faite aux femmes.

D'autre part, la maltraitance envers les aînés et la violence spirituelle et culturelle⁷ sont également évoquées dans la littérature scientifique et la littérature grise. Cependant, il y a peu de recherches qualitatives et peu de données sur l'incidence et la prévalence de ces deux types de violence dans les milieux autochtones [43,44]. Il en va de même pour la violence fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre (personnes bispirituelles), quoique de plus en plus de chercheurs et d'organisations portent une attention particulière à cette problématique [45].

En ce qui concerne la **violence familiale**, les types de violence les plus documentés sont la violence conjugale et la maltraitance envers les enfants.

Il est à noter que dans la littérature traitant de la violence vécue par les Autochtones, la notion de violence familiale est largement privilégiée par rapport à la notion de violence conjugale ou de violence entre partenaires intimes, dans la mesure où il est compris que la dynamique de violence dépasse celle de la relation conjugale (ou intime), et qu'elle a des conséquences indéniables sur la dynamique familiale et sociale. En effet, il est entendu que la violence familiale peut certes s'inscrire dans le cadre de relations intimes, mais elle peut également prendre racine au sein des cellules familiales élargies, de l'entourage et de la communauté [31,43,46,47].

En ce qui concerne la maltraitance envers les enfants en contexte autochtone, tout comme en contexte non autochtone, la négligence serait la forme de maltraitance la plus souvent rapportée parmi les types de mauvais traitements infligés aux enfants par les parents ou les adultes qui en sont responsables [48–52].

La définition de la négligence n'échappe pas au contexte sociohistorique qui caractérise le développement des sociétés autochtones au Québec, comme ailleurs au Canada. D'abord, les politiques gouvernementales interventionnistes ont porté atteinte au développement des compétences sociales et des habiletés parentales. Elles ont également soumis les modèles familiaux autochtones au modèle familial occidental (voir l'encadré *Les pensionnats au Canada*). Ce faisant, certains comportements ne correspondant pas aux normes sociales largement acceptées ont pu – et peuvent encore – être considérés comme de la négligence par les services de protection de la jeunesse [51,53–55]. D'autres causes structurelles sont également évoquées pour expliquer la négligence en milieu autochtone; elles sont présentées à la section Des facteurs de niveau sociétal et communautaire. L'application des règles des services de protection de la jeunesse sur les familles autochtones se traduit alors par la surreprésentation du nombre d'enfants autochtones à toutes les étapes de la trajectoire de services de protection de la jeunesse.

Enfin, la **violence auto-infligée**, et plus particulièrement le suicide et les comportements suicidaires, s'avère être l'un des indicateurs les plus significatifs de la détresse vécue dans la population autochtone, en particulier la détresse des adolescents et des jeunes adultes [56,57]. L'étude du suicide et des comportements suicidaires dans les milieux autochtones a longtemps été abordée sous l'angle des études empiriques de cas individuels, à travers l'approche épidémiologique utile pour identifier les facteurs de risque

⁷ La violence spirituelle et culturelle « réfère à l'érosion et à la perte des valeurs traditionnelles ou à l'anéantissement des croyances culturelles ou religieuses d'une personne. Il y a utilisation de son pouvoir et de ses capacités de contrôle pour nier les droits et besoins culturels ou spirituels d'une personne. Cela peut comprendre l'interdiction d'accès à une terre ou à une cérémonie spirituelle ou culturelle, la négation d'un héritage culturel ou encore le fait de forcer quelqu'un à des pratiques culturelles ou spirituelles contre son gré. Cette forme de violence affecte profondément le sentiment d'identité des victimes autochtones, puisque la composante spirituelle y occupe une place importante » (Kiyoshk, 2001 et VITF, 2003, cités dans Montminy et collaborateurs [43]).

ou encore à partir d'études ethnographiques [32]. Cela dit, l'analyse exclusive des problèmes individuels peut occulter l'influence de problèmes beaucoup plus généraux dans la vie d'un individu.

L'analyse contemporaine du suicide et des comportements suicidaires dans les milieux autochtones est de plus en plus orientée vers la démonstration de l'influence de facteurs structurels, sociaux et communautaires sur la sphère individuelle [56–60]. En effet, la variation du taux de suicide entre les communautés et les Nations a conduit des chercheurs d'ici et d'ailleurs à faire la démonstration que le suicide dépasse le phénomène individuel, et qu'il doit plutôt être considéré comme un indicateur de la souffrance collective [32,56,61,62].

L'ampleur de la violence vécue en milieu autochtone

La prévalence de la violence en milieu autochtone est fort préoccupante. À l'heure actuelle, la qualité et la disponibilité des données ne permettent pas de dresser un portrait d'ensemble précis de la violence vécue en milieu autochtone, ni de rendre compte de données comparables pour différents groupes. À titre d'exemple, rares sont les données qui permettent de documenter de façon précise la violence vécue par les Autochtones au Québec vivant hors communauté. Souvent, les données sont tirées d'enquêtes ou d'analyses secondaires produites auprès de populations et de sous-populations distinctes, utilisant des méthodologies et des processus d'échantillonnage qui peuvent différer, et donc qui s'avèrent difficilement comparables entre elles.

L'usage de données provenant des services policiers peut également sous-estimer la prévalence de la violence. Cela est particulièrement vrai en milieu autochtone compte tenu des relations parfois difficiles avec les corps policiers non autochtones. Ensuite, comme il est observé dans d'autres contextes, plusieurs victimes seraient réticentes à signaler aux autorités les violences qu'elles ont subies. De plus, les services policiers n'auraient pas recours à une méthode uniforme pour prendre en note l'origine autochtone des victimes [46,50,63]. Cela dit, la mise en commun de données provenant de différentes sources permet de faire état de certaines tendances quant à l'ampleur et aux types de violence vécus par les Autochtones.

Violence collective

Étant donnée la nature même de la violence collective, il est difficile de documenter au cas par cas ce type de violence. En revanche, maints indicateurs permettent de constater les iniquités importantes de l'accès à des conditions de vie saines et sécuritaires auxquelles sont confrontées les collectivités autochtones. Ces iniquités sont le reflet d'un contexte historique et socioéconomique particulièrement défavorable marqué par la pauvreté, le chômage, une faible scolarisation, de même qu'un sous-financement des services publics et une difficulté importante d'accès aux services de santé et de services sociaux. Largement documentées, ces inégalités ne se sont pas améliorées de manière substantielle au cours des dernières années; au contraire, elles restent encore bien supérieures à la population non autochtone [2,5]. Des exemples d'iniquités sont présentés à la section *Les facteurs de risque et de protection de la violence vécue en milieu autochtone*.

Violence interpersonnelle

De façon générale, les populations autochtones sont davantage victimes d'actes violents que les populations non autochtones. Au Canada, les données de l'Enquête sociale générale (ESG de 2014) ont démontré que presque 30 % des Autochtones de 15 ans ou plus ont déclaré avoir été victimes de crimes⁸ dans les 12 mois précédant l'enquête, comparativement à 18 % chez les non-Autochtones [65].

⁸ Il s'agit de l'un des huit crimes mesurés par l'ESG : victimisation avec violence (agression sexuelle, vol qualifié et voies de fait); vol de biens personnels (de l'argent, des cartes de crédit, des vêtements, des bijoux, des sacs à main ou des portefeuilles); victimisation des ménages (introduction par effraction, vol de véhicules à moteur ou de leurs pièces, vol de biens du ménage et vandalisme) [64].

■ Facteurs associés à la violence

Une analyse plus approfondie des données de l'ESG permet d'apporter certaines précisions quant aux facteurs explicatifs de la violence chez les Autochtones. Lorsqu'on analyse la contribution de l'ensemble des facteurs de risque mesurés par cette enquête (ex. : sexe, âge, statut socioéconomique), il s'avère que l'identité autochtone n'est pas associée au risque d'être victime de violence. Les taux de violence supérieurs des Autochtones seraient plutôt liés à un cumul de facteurs de risque plus important chez ce groupe que dans la population non autochtone. Toutefois, lorsque la même analyse est effectuée spécifiquement pour les femmes, l'identité autochtone ressort comme un facteur de risque de violence important, et ce, même en tenant compte des autres facteurs évalués par l'enquête. Autrement dit, les taux plus élevés parmi les femmes autochtones ne pouvaient pas être entièrement expliqués par la seule présence d'autres facteurs et le fait d'être une femme autochtone pourrait expliquer en partie la différence [65].

Maltraitance dans l'enfance

Comme mentionné précédemment, la négligence semble être la forme de maltraitance la plus fréquemment rapportée en contexte autochtone.

Selon les données de l'ESG (2014), au Canada, 21 % des Autochtones (15 ans et plus) ont été exposés à la violence conjugale durant l'enfance, le double de la proportion observée chez les non-Autochtones (10 %) [65]. Dans cette même population, 40 % des Autochtones auraient rapporté avoir vécu des mauvais traitements durant l'enfance, comparativement à 29 % des non-Autochtones.

Des tendances similaires s'observent au Québec chez les Premières Nations. Les données de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec (2008) montrent que 28 % des adultes et 12 % des adolescents (12-17 ans) ont mentionné avoir été victimes d'une quelconque forme d'abus ou de maltraitance au cours de leur enfance [66]. Pour la région du Nunavik, les données disponibles sur la maltraitance portent sur les agressions sexuelles dans l'enfance. L'enquête de santé de 2004 montre que plus d'une personne inuit sur trois (34 %) a vécu une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans [67].

Violence conjugale, violence physique et sexuelle

Les Autochtones sont davantage victimes de violence conjugale que la population générale. Au Canada, lors de l'ESG, 9 % des Autochtones de 15 ans et plus ont admis avoir vécu de la violence conjugale dans les cinq années précédant l'enquête, plus du double de la proportion observée chez les non-Autochtones (4 %) [65]. Les Premières Nations du Québec ont rapporté des proportions beaucoup plus importantes. En 2008, 30 % des adultes ont mentionné avoir été victimes de violence conjugale au cours de leur vie [66]. Alors qu'il est démontré que les hommes autochtones semblent exposés à un risque plus élevé de violence de la part d'un partenaire intime que les hommes non autochtones [68], il n'en demeure pas moins que les victimes de violence conjugale et de violence sexuelle sont le plus souvent des femmes. En effet, la distinction entre les hommes et les femmes montre que ces dernières sont affectées environ deux fois plus que les hommes (respectivement 39 % et 18 %) [66].

Au Nunavik, les données disponibles sur la violence conjugale – datant de 2004 – portent principalement sur la violence physique. Les proportions observées sont alarmantes, et ce, particulièrement chez les femmes. En effet, presque 70 % des femmes victimes de violence physique ou de menaces ont rapporté avoir été agressées par un conjoint ou un ex-conjoint, comparativement à 28 % pour les hommes [69].

La violence physique et sexuelle non commise dans un cadre conjugal est aussi fort préoccupante chez les Autochtones, touchant les femmes dans une proportion beaucoup plus élevée. Au Nunavik, plus de la moitié des femmes adultes (57 %) ont mentionné avoir vécu de la violence physique au cours de leur vie, tandis que presque 3 femmes sur 10 (27 %) ont rapporté avoir vécu de la violence sexuelle à l'âge adulte [67]. En Eeyou Istchee, les données disponibles montrent que 50 % des femmes et 44 % des hommes ont vécu de la violence physique au cours de leur vie. La violence sexuelle touchait également davantage les femmes que les hommes dans une proportion de 35 % comparativement à 23 % [70].

L'ampleur de la violence commise à l'égard des Autochtones s'observe également dans le nombre élevé de filles et de femmes autochtones qui ont été assassinées ou portées disparues au Canada [1,50] (voir l'encadré *Les filles et les femmes autochtones disparues et assassinées au Canada*). En 2014, la Gendarmerie royale du Canada (GRC) rapportait qu'entre 1980 et 2012, le nombre de cas déclarés à la police de femmes autochtones assassinées et disparues totalisait 1 181, soit 1 017 homicides et 164 disparitions. Au Québec, ce sont 46 femmes autochtones qui ont été victimes d'homicide au cours de cette période. Comme le souligne la GRC, les femmes autochtones au Canada représentent 4,3 % de la population féminine. Pourtant, les femmes autochtones victimes d'homicide représentent 16 % de tous les homicides commis contre des femmes [63].

La GRC n'a pas procédé à une enquête similaire sur les homicides des hommes autochtones. Cependant, en se basant sur les données de Statistique Canada sur le nombre d'hommes autochtones assassinés, et la démonstration de l'écart entre les estimations de Statistique Canada et les données de la GRC sur les femmes autochtones assassinées et disparues, on peut supposer que si une telle enquête avait lieu, le nombre d'hommes autochtones assassinés serait supérieur aux estimations actuellement disponibles [71].

Encadré 1 – Les filles et les femmes autochtones disparues et assassinées au Canada

« Des familles comme la mienne, partout au Canada, se demandent combien d'autres sœurs et filles nous devons encore perdre avant que le gouvernement ne prenne des mesures concrètes. » [traduction libre] Darlene Osborne, octobre 2004 [9]

Partout au Canada, la disparition et l'assassinat de filles et de femmes autochtones ont été signalés par des proches depuis de nombreuses années. En 2005, soit bien avant les travaux d'analyse entrepris par la GRC [63], l'Association des femmes autochtones du Canada a lancé l'initiative « Sœurs par l'esprit » qui se voulait un projet de recherche, de sensibilisation et de politiques sur la violence subie par les femmes autochtones au Canada. Partant du constat que la littérature scientifique était davantage orientée sur la violence familiale, la stratégie de l'Association a été d'élargir la perspective pour y intégrer la violence qui résulte d'un racisme systémique à l'égard des filles et des femmes autochtones et, ce faisant, à questionner le silence policier, judiciaire et politique face à cette problématique.

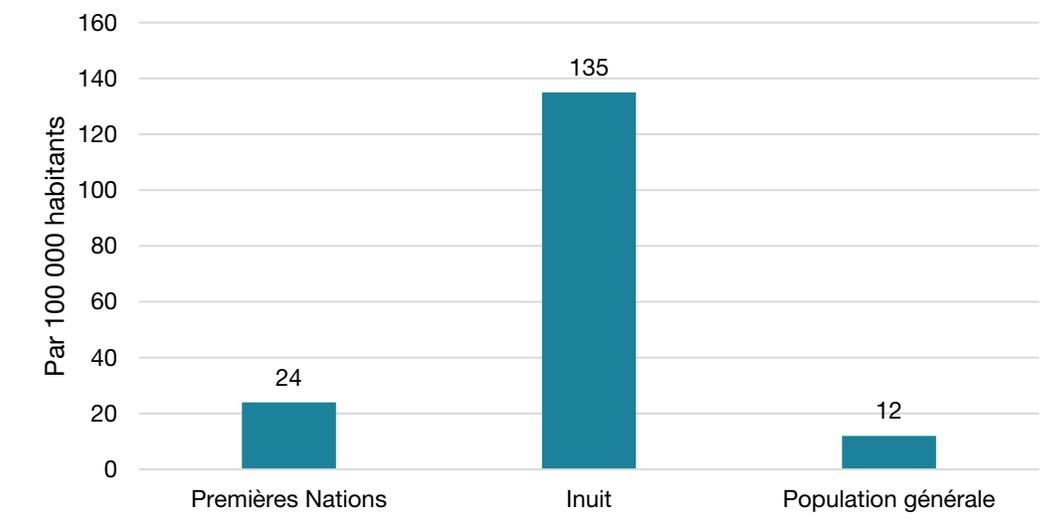
Dans son rapport de 2010, l'Association rapportait la disparition et l'assassinat de 582 filles et femmes autochtones, dont 22 au Québec. La plupart des cas connus ont eu lieu dans les provinces de l'Ouest et en milieu urbain. Au Québec, contrairement à la situation à l'échelle nationale, les homicides ont généralement eu lieu dans les communautés. Les données indiquent également que plusieurs de ces femmes étaient des mères et des grands-mères, ce qui, pour l'Association, laisse entrevoir des répercussions sur le développement des générations futures [46].

À la suite de la publication du rapport de l'Association des femmes autochtones du Canada et de celui de la GRC, et en réponse à la mobilisation des communautés, des familles et des femmes autochtones et aux demandes maintes fois répétées de diverses organisations autochtones, le gouvernement canadien a établi en 2016 l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées [72,73].

Violence auto-infligée

Depuis le début des années 80, les taux de suicide des populations autochtones du Canada demeurent largement plus élevés que ceux de la population générale. À titre d'exemple, en 2000, le taux de suicide des Premières Nations était le double de celui de la population générale (24 comparativement à 12 par 100 000 habitants) [32], alors que celui des populations inuit pouvait être jusqu'à 10 fois celui de la population générale [32] (figure 1).

Figure 1 Taux de suicide par populations, Canada, 2000



Au Québec, entre 2005 et 2009, les tendances étaient similaires pour les Inuit (119 comparativement à 11 par 100 000 habitants⁹), par contre le taux de suicide chez les Cris entre les années 80 et 2000 étaient sensiblement les mêmes que ceux de la population québécoise. Bien que ces données couvrent des périodes différentes, elles permettent de constater l'ampleur de la situation et les distinctions qui caractérisent ces régions. Les données disponibles sur les tentatives de suicide démontrent qu'au Québec, 21 % des Inuit [74] ainsi que 7,7 % des adolescents et 14,6 % des adultes des Premières Nations [66] ont mentionné, en 2004 et 2008 respectivement, avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Ces données sont largement supérieures à celles du Québec, où 4 % des Québécois ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie en 2008 [75].

⁹ Cette donnée masque le fait que certaines collectivités ont un taux de suicide plus bas que la moyenne, alors que d'autres ont un taux plus élevé. Des taux de suicide locaux peuvent fluctuer énormément en raison de vagues de suicides. La méthode de recensement du taux de suicide par 100 000 habitants, bien qu'elle soit efficace dans le cas de vaste population, donne des chiffres saisissants dans le cas de petites communautés. Un seul décès dans une collectivité de 1 000 habitants donne un taux de 100 par 100 000 habitants.

Les facteurs de risque et de protection de la violence vécue en milieu autochtone

En milieu autochtone comme dans d'autres milieux, la violence résulte de la dynamique entre de nombreux facteurs sociétaux, communautaires, familiaux, relationnels et individuels. Pour identifier clairement les racines de la violence et, du même coup, détecter les facteurs qui protègent de la violence, le modèle écologique s'avère particulièrement utile. Ce modèle permet également de rendre explicites l'interaction, l'accumulation et l'équilibre entre les différents facteurs qui teintent les parcours de vie des individus et, plus largement, des collectivités [30,34,76,77].

Plusieurs des facteurs explicatifs de la violence dans les communautés autochtones, particulièrement ceux de niveau individuel, ne sont pas différents de ceux que l'on retrouve dans d'autres milieux. Toutefois, la pauvreté, les taux de chômage élevés, les problèmes de dépendance ou encore la surpopulation des logements s'y retrouvent de façon alarmante et concomitante [1,4,5,30,35,36,50,51,61,68,78].

Il est aujourd'hui largement reconnu que ces problèmes sociaux sont liés aux politiques d'assimilation des Autochtones et aux lois adoptées dans l'intention d'aliéner leur accès au territoire et à ses ressources. Ces profonds bouleversements ont atteint plusieurs pans de leurs structures sociales et de leur culture, et ont porté de lourdes entraves à leurs conditions socioéconomiques. Les conditions de vie actuelles qui perdurent dans certains milieux compromettent la santé, la sécurité et le bien-être de nombreux enfants et de nombreuses familles. Toutefois, à travers la famille se révèle divers facteurs de résilience des différents groupes autochtones qui ont su résister, chacun à leur façon, au choc colonial qu'ils ont dû encaisser.

Des facteurs de niveau sociétal et communautaire

La Commission royale sur les peuples autochtones (1996) et la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015) ont largement contribué à faire connaître l'ampleur et les répercussions des politiques coloniales du gouvernement canadien sur les Autochtones, leurs familles et leurs communautés. Les travaux de ces commissions ont démontré de façon exhaustive que le gouvernement canadien a historiquement mis en place des mesures législatives, comme la Loi sur les Indiens, et des mécanismes, comme les pensionnats, la rafle des années 1960¹⁰ et les réinstallations¹¹. Ces mesures avaient pour objectif d'éliminer le « problème indien » en favorisant l'assimilation des Autochtones aux normes, valeurs, croyances et pratiques occidentales [1,5,6,50,80–82] (voir l'encadré *Les pensionnats au Canada*). Les stratégies de colonisation et leur impact sur la santé et le bien-être des populations autochtones ne sont pas uniques au Canada. Des effets similaires ont été documentés en Australie, en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis et ailleurs dans le monde [1].

¹⁰ Mieux connue sous le nom de *Sixties Scoop*, la rafle des années 1960 correspond à une politique gouvernementale fédérale de protection de la jeunesse responsable d'une augmentation frappante du retrait d'enfants autochtones à leur famille d'origine pour les confier à des familles d'accueil non autochtones au Canada, aux États-Unis et en Europe en vue de leur adoption ultérieure [32,50].

¹¹ Contrairement aux autres éléments énumérés, les réinstallations des peuples autochtones au Canada ont bien souvent été le résultat de mesures délibérées du gouvernement canadien plutôt que de mesures législatives. Sans consultation ou presque, le gouvernement canadien a, pour des raisons administratives ou liées au développement, déplacé des populations autochtones de leurs territoires de chasse, de pêche et d'habitation vers des terres plus petites, plus éloignées et plus peuplées. Sous des objectifs de protection, de civilisation et d'assimilation, le gouvernement voyait dans ces réinstallations une solution à un certain nombre de problèmes précis, perçus par lui-même ou d'autres organismes. Par exemple, la réinstallation d'un ou de plusieurs groupes pouvait être justifiée par le désir de faciliter la prestation des services. Selon la Commission royale des peuples autochtones, ces réinstallations doivent être considérées dans le contexte de la dépossession et du déracinement, processus qui peut avoir contribué au dysfonctionnement de collectivités autochtones, ainsi qu'à la violence qui s'y manifeste. Elles ont provoqué une réduction importante du patrimoine culturel et un sentiment de dépossession, de déracinement et d'aliénation au territoire. Les réinstallations ont également porté atteinte à la santé physique et psychologique des peuples autochtones, et ont eu des impacts sociaux, politiques et économiques complexes marqués par la réduction de l'infrastructure économique et l'affaiblissement des structures et des activités sociales. Enfin, elles ont teinté les rapports entre les Autochtones et les non-Autochtones [79].

Encadré 2 – Les pensionnats au Canada

Pendant plus de 100 ans, une large proportion d'enfants autochtones ont été retirés de leur milieu familial et obligés de fréquenter les pensionnats. Pour la Commission de vérité et réconciliation du Canada, l'établissement et le fonctionnement des pensionnats se sont avérés être des éléments centraux au génocide culturel exercé à l'égard des peuples autochtones. L'objectif de ce mécanisme était de « séparer les enfants autochtones de leur famille afin de limiter et d'affaiblir les liens familiaux et culturels et d'endoctriner les enfants autochtones pour qu'ils adhèrent à une nouvelle culture » [50].

Au Canada, les premiers pensionnats ont été créés dans les années 1880, et ont exercé leurs activités jusqu'à la fin des années 1990. Au Québec, les premiers pensionnats catholiques et anglicans ont été ouverts au début des années 1930 [50]. Sur les 135 établissements répertoriés au Canada, 11 étaient établis dans la province. Quelque 13 000 enfants au Québec les auraient fréquentés [47].

Les nombreux témoignages exprimés par d'anciens élèves et leurs proches, de même que le dépouillement de documents d'archives, ont révélé que les pensionnats ont compromis la santé et le bien-être des enfants qui les ont fréquentés. De nombreux élèves ont subi des sévices physiques, psychologiques et sexuels, ont été victimes de négligence, et plusieurs d'entre eux ont succombé à des maladies infectieuses, notamment la tuberculose [5,50,78,82,83].

De plus, la pauvreté de l'enseignement donné par un personnel non qualifié et le sous-financement des établissements ont également compromis le développement global de générations d'Autochtones [5,78]. Le système des pensionnats a généré au Canada des changements socioculturels majeurs chez les peuples autochtones, notamment des atteintes importantes au plan du développement des compétences sociales et des habiletés parentales [5,50,83–85].

Les répercussions ne se limitent pas aux élèves qui ont fréquenté ces établissements. Les conjoints des survivants, leurs enfants, leurs petits-enfants, les membres de leur famille élargie et leur collectivité sont également affectés [1,6,36,47,50,81,83,86,87]. Selon la théorie des traumatismes [76], les traumatismes collectifs passés et contemporains sont susceptibles de contribuer à la transmission intergénérationnelle de comportements délétères [83,88] et à une certaine « normalisation de la souffrance » [36]. Au Québec, les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec (2008) indiquent que, parmi les répondants des Premières Nations, 69,5 % de tous les adolescents et 79,1 % de tous les enfants avaient une relation directe avec une personne qui a fréquenté un pensionnat [89].

Pour plusieurs experts, le colonialisme n'appartient pas au passé, mais perdure dans les politiques gouvernementales actuelles qui ne reconnaissent pas systématiquement les droits autochtones ou qui ne comblent pas les écarts des conditions de vie des populations autochtones par l'investissement des sommes nécessaires. Les enjeux entourant le déploiement des services publics et l'amélioration des infrastructures et des logements sont fréquemment évoqués comme facteurs contribuant au maintien des déterminants de la santé délétères et, ce faisant, à la perpétuation de la violence sous toutes ses formes [2,47,90,91].

Environnement socioéconomique

Il est reconnu qu'un environnement socioéconomique défavorable caractérisé par des ressources et des perspectives économiques peu élevées, de forts taux de chômage, la pauvreté et un faible niveau de scolarité exacerbe la vulnérabilité sociale, effrite l'efficacité collective et expose la population à de multiples formes de violence et d'abus, y compris l'abus de substances [6,31,33,51,77,92].

Un accès limité aux emplois, pour les hommes et pour les femmes, un revenu moyen plus faible et un niveau de scolarité peu élevé prédisposent à la violence interpersonnelle et auto-infligée et, dans les milieux autochtones, aux interactions des adolescents et des adultes avec le système judiciaire [31,32,50,69,77,84,90,93]. De même, les conditions de vie dans lesquelles les familles évoluent figurent parmi les facteurs structurels clés de la négligence [48–53].

Logement

De nombreuses communautés autochtones font également face à d'importants enjeux en matière d'accessibilité et d'insalubrité des logements (y compris des infrastructures) qui perdurent dans de nombreuses communautés [82,87,93,94]. Des causes historiques, culturelles, démographiques, financières et politiques sont généralement évoquées pour expliquer les retards accumulés dans la gestion et la maintenance des logements existants, et dans la construction de nouveaux logements [95]. Le surpeuplement des logements – et donc le manque d'intimité qui nuit à la santé et à la réussite scolaire – est associé à l'abus d'alcool et de drogues, et est propice à l'éclosion et au maintien de situations de violence [2,4,96]. Les enjeux en matière de logement font également en sorte que les personnes victimes de violence ne peuvent pas toujours quitter aisément leur demeure pour trouver refuge chez un proche ou s'installer ailleurs avec leur famille [47].

« Le surpeuplement dans les communautés autochtones signifie souvent que les femmes n'ont nulle part où échapper à la violence dans leur propre maison. » [traduction libre] [9]

Services

L'inadéquation ou le manque de services et de programmes sociaux et de santé pertinents et culturellement sécuritaires¹² constituent également d'importants facteurs communautaires interférant dans la mitigation de la violence [92]. L'offre de services destinée aux Autochtones demeure fragmentée et insuffisante, spécialement lorsqu'il s'agit de la violence [47,90].

Au Québec, les communautés autochtones ne bénéficient pas toutes des mêmes programmes et services pour répondre à leurs besoins, et les organismes communautaires sont largement sous-financés [91]. Par exemple, de nombreuses femmes n'ont pas accès aux rares maisons d'hébergement adaptées à la culture autochtone, et ne disposent pas toujours des moyens financiers pour payer les frais de transport pour s'y rendre et pour ensuite retourner dans leur communauté [84]. Confrontées à ces capacités financières limitées, les femmes qui désirent obtenir les services disponibles dans les maisons d'hébergement sont donc parfois contraintes de laisser leurs enfants derrière elles [84].

¹² Le concept de sécurité culturelle est présenté à la section *Favoriser les services culturellement pertinents et sécurisants*.

La surreprésentation des enfants autochtones dans les services de protection de la jeunesse participe assurément au maintien de la crainte de ces mères [47,90].

Services de protection de la jeunesse

Au Québec, la surreprésentation des enfants autochtones est constatée à chacune des étapes de la trajectoire de services de protection de la jeunesse (incluant le signalement, l'évaluation, l'application des mesures et les placements) [97]. Plusieurs facteurs structurels sont fréquemment évoqués pour tenter d'expliquer cette situation (tels le surpeuplement des logements, la pauvreté et les problèmes de dépendance des parents, en l'absence d'accès à des services adéquats en toxicomanie), mais la présence de discrimination systémique à l'égard des familles autochtones et de leurs conditions de vie constitue l'avenue d'explication privilégiée (voir l'encadré *La discrimination à l'égard des enfants autochtones*) [48–51,53].

Conflits juridictionnels

La prestation de services sociaux et de santé est également bien souvent marquée par des conflits juridictionnels et de compétence complexes qui peuvent entraver l'accès aux services, et mettre en danger des individus qui se trouvent au cœur de longs processus de négociation¹³. La responsabilité en matière de compétence pour les services de protection de l'enfance est un exemple maintes fois évoqué [78,100].

■ La discrimination à l'égard des enfants autochtones

Dans une décision rendue en 2016, le Tribunal canadien des droits de la personne a conclu que la ministre des Affaires autochtones et du Nord Canada a exercé de la discrimination à l'encontre des enfants autochtones en ce qui a trait à la prestation de services de protection de la jeunesse. En reposant simplement sur le maintien de niveaux de financement des services similaires aux provinces plutôt que sur la comparabilité des niveaux de service, en ignorant les niveaux de besoins des Premières Nations et les coûts réels de tels services, l'approche du gouvernement a été jugée comme ayant « causé des écarts, des lenteurs et des refus en matière de service et par le fait même ont eu une incidence négative sur les enfants et les familles membres des Premières Nations dans les réserves » [100].

Au Québec, le gouvernement provincial a adopté la loi 99 (Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions) qui apporte des amendements et des dispositions concernant spécifiquement les enfants et les communautés autochtones. Les travaux qui ont mené à ces amendements ont été réalisés en concertation avec différentes organisations autochtones. L'un des nouveaux principes porte sur la préservation de l'identité culturelle des enfants et une participation accrue des organisations autochtones lorsqu'un enfant risque d'être placé¹⁴. La modification de cette loi vise à prendre en compte la réalité sociale et culturelle des familles autochtones.

¹³ Les conséquences de l'entrave aux services à la suite de conflits d'ordre juridictionnel et de compétence sont clairement illustrées dans le principe de Jordan, une initiative de la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, qui vise à répondre aux besoins des enfants des Premières Nations en s'assurant que les services de santé et les services sociaux ne soient pas retardés, interrompus et refusés pendant qu'ils font l'objet de discussion ou d'examen [98]. Plus de détails sur cette initiative sont disponibles sur le site de l'organisme [99].

¹⁴ L'article 3 énonce qu'une décision prise à l'égard d'un enfant membre d'une communauté autochtone doit tendre à confier cet enfant à un milieu de vie substitut en mesure de préserver son identité culturelle.

Approches de certains intervenants

Dans certains cas, particulièrement dans les petits milieux et les milieux isolés, la recherche d'aide pour les victimes de violence ou leurs proches peut être entravée par la honte, les craintes de représailles, le souci de confidentialité ou le désir de vouloir préserver l'intégrité de la famille. L'insuffisance de la formation de certains intervenants en ce qui a trait à la violence et les inhabiletés culturelles d'autres intervenants freineraient l'accès aux services disponibles [6,47,90]. Certains intervenants peuvent, par leur approche, cultiver une attitude « culpabilisante et moralisatrice » à l'égard de certains comportements, dont la consommation d'alcool [47,61]. S'ajoutent la barrière de la langue, la méfiance alimentée par le fort roulement de personnel, la méconnaissance des services à leur disposition, le manque de continuité entre les services offerts dans les communautés et ceux offerts par le réseau de la santé et des services sociaux québécois, et bien d'autres [47,84,90].

L'inadéquation des services aux besoins des Autochtones ne se fait pas uniquement ressentir dans les communautés. Bon nombre des Autochtones qui vivent en milieu urbain doivent également faire face à des comportements racistes sur la base de leur origine ethnique [19]. Cette expérience serait plus fréquente chez ceux qui vivent à l'extérieur de leur communauté que parmi ceux qui ne l'ont jamais quittée [27]. Une évaluation des besoins effectuée auprès des personnes autochtones vivant à Montréal révèle en effet que plusieurs d'entre eux auraient reçu des services de santé de mauvaise qualité sur la base de leur origine ethnique. Ces perceptions étaient d'ailleurs largement corroborées par les témoignages des fournisseurs de services de santé. De plus, l'un des auteurs a rapporté que plusieurs Inuit vivant en situation d'itinérance évitaient les refuges à cause du racisme qu'ils y vivent de la part des autres clients et des intervenants [28]. Or, l'isolement et le choc culturel vécus par plusieurs Autochtones vivant en milieu urbain font en sorte que certains ont un grand besoin de services de santé, particulièrement de services de santé mentale [101].

Isolement géographique

Par ailleurs, comme il est vécu dans plusieurs régions éloignées du Québec, l'isolement géographique de certaines communautés est également un facteur pouvant prédisposer à la violence, et ce, non seulement par son impact sur les conditions socioéconomiques et le faible accès aux services adéquats, mais également par son impact sur les liens sociaux et communautaires [31,77]. En effet, dans les contextes où les gens entretiennent des liens familiaux et sociaux de proximité, il peut être difficile pour certains de dénoncer les actes de violence commis par un membre de la famille, un ami, une connaissance ou une personne en position d'autorité [47]. La violence interpersonnelle peut ainsi passer sous silence et demeurer dissimulée dans certaines communautés [31,47,90]. Cela dit, à l'inverse, le soutien dans les collectivités peut s'avérer un important facteur de protection contre la violence.

Protection publique et système de justice

Les conditions actuelles du système de justice ne favorisent pas toujours les victimes qui désirent dénoncer les comportements violents qu'elles subissent. Plusieurs craignent en effet de porter plainte aux services de police de leur communauté. Le travail des forces de l'ordre auprès des victimes et de leurs proches, et particulièrement dans le traitement de la violence dénoncée par les femmes, a fait l'objet de nombreuses critiques et de dénonciations médiatiques au cours des dernières années. Mains efforts ont été déployés par des communautés, des organismes autochtones et des corps policiers pour favoriser le déploiement d'approches préventives et de stratégies d'intervention communes. Malgré ces efforts, la discrimination, le racisme systémique, le profilage et le manque de compétences culturelles continueraient de miner le travail de certains membres associés aux forces policières, et freineraient les victimes à tenter de dénoncer la violence dont elles se disent victimes [47,90].

Enfin, la surreprésentation des Autochtones dans le système de justice témoigne également de leur exclusion sociale. Plusieurs dénoncent en effet l'inefficacité de l'application des règles juridiques actuelles pour diminuer la présence des facteurs de risque de la violence dans les communautés, et aussi pour réduire la surreprésentation des Autochtones dans le système carcéral [50,87].

Des facteurs de niveau relationnel et familial

Le cumul des difficultés sociales auxquelles sont confrontées nombre de communautés a des impacts directs sur la qualité du tissu social garant du bien-être des collectivités (voir la description de la violence latérale à la section *La violence vécue en milieu autochtone*). Ces difficultés peuvent avoir le dessus sur la force du groupe et entraver inévitablement le développement des collectivités dans la mesure où il s'avère alors difficile pour elles de tirer avantage des bénéfices du sens communautaire [39].

Le développement des individus et des communautés est également éprouvé par la désorganisation de certains milieux familiaux. La domination du modèle occidental de la famille nucléaire et les impacts transgénérationnels des pensionnats ont entraîné de profonds changements dans les dynamiques familiales autochtones, sur la définition des rôles de tous les membres et sur la transmission des pratiques parentales [54,61,102]. Avec eux, les services provinciaux de protection de la jeunesse ont aussi fortement contribué à la dévalorisation des systèmes familiaux autochtones dès lors jugés inadéquats et problématiques dans la mesure où ils ne s'emboîtent pas convenablement au modèle occidental valorisé. D'une génération à l'autre, les blessures affectives profondes et les sévices physiques causés aux enfants ont ainsi perturbé la capacité de plusieurs d'entre eux à mener une vie saine et à établir des relations intimes stables, entraînant alors un cycle d'effets dévastateurs aggravés par des problèmes de santé mentale et de dépendance. L'impact du colonialisme aura donc été d'effriter le sentiment d'appartenance dans des milieux où la famille était l'institution centrale [60].

Cela dit, le sens communautaire et la famille peuvent s'avérer de puissants facteurs de protection de la violence.

Des facteurs de protection

Alors que les sociétés autochtones ont été contraintes de s'adapter au modèle dominant afin de négocier leur propre position [102], les normes, les valeurs, les expériences et les façons de faire autochtones continuent d'influencer la manière dont nombreux Inuit et Premières Nations s'inscrivent dans l'univers social. La dynamique des collectivités se retrouve dans leurs démarches de réappropriation de leur pouvoir d'agir, dans la redéfinition de leur identité collective, la revitalisation de leurs cultures et les efforts de réconciliation. Ces démarches témoignent de leur résilience collective [103].

Emprunté de la psychologie, le concept de résilience a longtemps été considéré comme un facteur de protection de niveau individuel. Aujourd'hui, il est cependant de plus en plus considéré sur le plan de la collectivité et de la société. À titre d'exemple, à la fin des années 1990, Chandler et Lalonde ont présenté les résultats d'une étude épidémiologique qui démontre la corrélation de facteurs de continuité culturelle¹⁵ avec les taux de suicide de jeunes autochtones en Colombie-Britannique [58]. Leur analyse a démontré une relation inversement proportionnelle entre le nombre de facteurs de continuité culturelle et le taux de suicide; en d'autres mots, plus le nombre de facteurs était grand, moins le suicide était prévalent. À la lumière de ces résultats, les auteurs ont conclu que la variation des taux de suicide entre les communautés dépend de la cohésion communautaire et de l'identité collective, lesquelles permettent aux collectivités de se maintenir dans le temps en préservant leur passé et en sécurisant leur futur.

La résilience s'observe également dans la durabilité des relations familiales. Pris dans son sens large, le concept de la famille demeure un élément central de la définition du bien-être par les Autochtones, et continue d'être perçu comme une force des communautés [54,55,60,104]. La vie familiale et les pratiques parentales autochtones sont encore vivantes et cohérentes pour plusieurs aînés, parents et enfants. Au-delà des particularités qui témoignent de la singularité des Nations et des communautés, les conceptions

¹⁵ Les auteurs ont retenu six facteurs : (1) le degré d'autonomie gouvernementale des communautés, (2) les actions entreprises par elles dans le cadre de revendications territoriales et le contrôle des communautés sur (3) les services de santé, (4) les services d'éducation, (5) les services policiers et (6) les services de protection des incendies.

autochtones de la famille sont encore souvent fondées sur le rôle de la famille élargie, laquelle représente un réseau étendu de parenté (grands-parents, tantes, oncles, cousins et d'autres) et de proches régi par un ensemble de règles et d'obligations assurant le fonctionnement du groupe [33]. La famille est également associée aux concepts d'appartenance et d'interdépendance ainsi qu'aux expériences sur le territoire, au partage et à l'oralité [60,103]. En contexte de violence, le réseau familial occupe une place primordiale dans la mesure où plusieurs victimes vont chercher le soutien des membres de leur famille et de leurs proches avant de faire appel aux ressources d'aide formelles [47,69,105].

Les conséquences sur la santé

En milieu autochtone, les conséquences de la violence sur la santé s'ajoutent au fardeau de l'état de santé de la population déjà défavorable, et compromettent le développement des enfants et celui des communautés. Par exemple, lors d'épisodes de violence, l'entourage peut être sollicité pour héberger les victimes, leur offrir un soutien moral ou un soutien financier momentané. Les conditions de logement souvent défectueuses dans ces communautés peuvent alors accroître les vulnérabilités associées à la surpopulation¹⁶. Dans certains cas, la sécurité et l'intégrité des familles, de l'entourage et du voisinage peuvent aussi être menacées par l'éclatement des attentes et des rôles de chacun lorsque des proches tenteraient de s'interposer dans le conflit pour punir, ou au contraire, protéger les agresseurs [90]. La violence peut également accroître le sentiment d'anxiété et de peur dans le voisinage, certaines personnes plus que d'autres cherchant à s'isoler davantage [67].

« [Dans le contexte du deuil intergénérationnel non résolu] les principaux obstacles à la divulgation comprennent la suspicion à l'égard du système de justice, le manque de ressources et les questions de pouvoir. [...] Le fait de vivre dans une réserve peut placer les victimes dans des situations d'impuissance et de peur, ce qui engendre une forte crainte de parler. Ils peuvent craindre les conséquences pour eux-mêmes et leur famille (p. ex. accès limité aux services et aux programmes). » [traduction libre] [107]

La violence a également des conséquences indéniables sur les plus vulnérables. Ainsi, les sévices et les carences affectives subis dans l'enfance ont des impacts majeurs sur le développement des enfants. Elle les expose à une plus grande vulnérabilité et les rend plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé physique et psychologique plus tard dans leur vie [108,109]. De plus, certains enfants exposés à la violence peuvent reproduire les abus auxquels ils sont confrontés, participant ainsi à leur tour à la transmission de la violence [90]. Les facteurs contributifs à la reproduction de la violence par les enfants autochtones ont d'ailleurs été discutés lors des travaux de la Commission de vérité et réconciliation du Canada [50]. L'analyse des témoignages des survivants des pensionnats laisse comprendre que face au trauma, l'apprentissage social de la violence peut se faire en réaction aux abus subis, en riposte à la violence faite aux autres ou encore à la suite de la modélisation du comportement des agresseurs. De plus, la fréquence de la violence, l'absence de mesures correctives et, dans certains cas, la déficience du soutien familial et social contribuent à la normalisation de la violence et accentuent le risque de sa transmission [39].

La violence peut également entraîner des victimes à adopter des comportements autodestructeurs qui peuvent nuire à leur santé, comme l'abus d'alcool et de drogues et l'automutilation [31,88,90,110]. La consommation abusive d'alcool et de drogues est largement associée à la violence interpersonnelle et auto-infligée vécue dans les milieux autochtones [6,30-32,50,51,67,77,82,87,90,93,111]. Pourtant, cette association n'est pas propre aux milieux autochtones. Comme le souligne l'OMS, il existe des liens étroits entre la consommation d'alcool et la violence interpersonnelle dans la mesure où chacune exacerbe les effets de l'autre. La consommation nocive de l'alcool est également souvent citée comme une méthode employée par certaines personnes pour faire face à des expériences de violence [112].

¹⁶ Pour approfondir l'impact des conditions de logement sur la vulnérabilité des personnes qui cherchent à fuir une situation de violence et leur entourage, le lecteur est invité à consulter le *Portrait de l'itinérance dans les communautés des Premières Nations* [106].

L'adoption de comportements à haut risque est également présente chez certains Autochtones qui habitent ou séjournent en milieu urbain [31,46]. Loin du soutien social et familial, face aux défis de la ville et confrontées à des problématiques de santé particulières, certaines personnes se voient poussées vers l'itinérance, ce qui les expose davantage à un risque de faire face à la violence. D'autres, en particulier des femmes, peuvent également faire face à des défis importants qui mettent en danger leur sécurité. Des agresseurs peuvent par exemple tirer profit de la mobilité des femmes entre leur communauté d'origine et la ville pour s'en prendre à elles. Certaines femmes peuvent également devenir des proies faciles à l'exploitation sexuelle et à la traite humaine [46,47,69,106].

Les principes de prévention de la violence en milieu autochtone : une approche à plusieurs niveaux

Les liens entre la violence, l'interaction entre divers facteurs et les contextes économique, social et culturel donnent à penser qu'en s'attaquant aux différents niveaux de facteurs, il sera possible de faire reculer plus d'une forme de violence [37,50,51,69,87,88,113,114].

La Commission royale sur les peuples autochtones rappelait d'ailleurs en 1996 que « les problèmes sociaux [dans les milieux autochtones] s'expliquent en partie par l'expérience collective et les solutions qui permettront de les résoudre devront également être collectives. Si les Autochtones agissent à titre individuel, ils ne réussiront jamais à renverser la situation et à lutter contre la discrimination. Mais les solutions libératrices pour l'ensemble des Autochtones le sont aussi pour chacun d'eux » [80]. La Commission de vérité et réconciliation du Canada a publié un appel à l'action – sous la forme de 94 recommandations – lancé aux divers paliers de gouvernement. Ces recommandations énoncent les actions à mettre en place à tous les niveaux juridictionnels et dans tous les domaines touchés (santé, services sociaux, éducation, justice) pour briser le cycle de violence créé par l'héritage intergénérationnel légué par les pensionnats.

La réalisation de ces actions passe impérativement par le soutien aux peuples autochtones dans l'exercice de leur droit à l'autodétermination et dans la mise en place de leurs projets de gouvernance en santé et en services sociaux. En effet, il est maintenant largement admis que l'adaptation de programmes, à elle seule, ne suffit pas.

D'ailleurs, force est de constater qu'il existe encore bien peu d'études ayant rigoureusement évalué l'efficacité des programmes et des services en prévention de la violence en milieu autochtone. Il est cependant connu que, trop souvent, ces programmes et services n'ont pas été développés en collaboration avec les partenaires, et sont implantés selon une approche typiquement descendante (*top-down*). Ces programmes et stratégies peuvent également adopter une approche « mur à mur » modelée selon des perspectives occidentales de la santé qui ne tiennent pas compte des approches autochtones. De plus, l'octroi d'un financement instable et insuffisant permet difficilement aux milieux d'entreprendre des actions à portée durable. Ce faisant, les programmes et services se basent fréquemment sur une compréhension inadéquate ou parcellaire des problèmes; ainsi, il ne faut pas se surprendre que les réponses apportées soient limitées, et que les résultats soient mitigés.

Devant la limitation de l'information disponible, la décision de ce qui constitue une « pratique exemplaire » devient un choix pragmatique qui s'appuie sur le consensus d'experts et sur un examen consciencieux du contexte spécifique des collectivités autochtones. Il est ainsi généralement reconnu que les programmes et les services qui sont construits par et pour les populations visées de façon à considérer les normes, les valeurs, les expériences dans leur contexte familial et communautaire, ainsi que les façons de faire autochtones sont plus susceptibles de rapporter des effets bénéfiques en prévention de la violence que les programmes à portée générale élaborés pour répondre à des standards gouvernementaux [43,50,51,61,82,85,87,110]. En plus de favoriser la réduction des facteurs de risque, une telle façon de faire contribue à la valorisation des cultures autochtones et redonne un pouvoir aux individus, aux familles et aux communautés [32,103].

Interventions de niveau individuel et familial

L'intervention au niveau individuel et familial vise spécifiquement à prévenir la violence et ses conséquences par l'action auprès des victimes et des agresseurs, ainsi que leurs proches. Si l'on désire prévenir la violence, et non seulement y réagir [115], il convient de s'assurer que les interventions à ce niveau viseront différents stades de prévention : avant que la violence se produise par des activités de sensibilisation, d'information et de promotion de la santé; la détection précoce des victimes de violence et la réponse immédiate à leurs besoins; la prévention des conséquences à long terme de la violence, autant pour la victime que pour ses proches, par des services de soutien et de rééducation pour atténuer les traumatismes ou réduire les séquelles à long terme.

Pour augmenter les chances de réussite de leur mise en œuvre, les approches de niveau individuel doivent nécessairement être complétées d'approches communautaires adaptées au contexte culturel.

Programmes de soutien aux familles ayant de jeunes enfants

L'efficacité des interventions en petite enfance pour prévenir la négligence est maintenant fort bien reconnue [116–118]. Elles semblent également présenter des avantages pour la réduction de la violence conjugale [119]. Ces approches offrent habituellement des services qui prennent souvent la forme de visites à domicile, de suivis intensifs aux familles en fonction de leurs besoins spécifiques, en plus d'efforts de développement communautaire visant l'amélioration des conditions de vie des familles dans le besoin. Des programmes de soutien aux familles vivant en contexte de vulnérabilité existent maintenant dans bien des milieux au Canada¹⁷, en Australie, aux États-Unis et ailleurs dans le monde.

De nombreux experts soutiennent l'importance de développer de tels programmes pour et avec les familles autochtones [120–127]. En effet, l'approche mixte (suivi individuel et développement communautaire) promue par ces programmes semble bien adaptée aux besoins des familles qui, pour la plupart, font surtout face à des difficultés de nature structurelle. Malheureusement, il n'existe que peu d'études ayant évalué l'impact de ce type de programmes en milieu autochtone, mais celles dont nous disposons semblent indiquer que ces services peuvent permettre de réduire les taux de maltraitance, à la condition qu'une relation de confiance soit établie entre l'intervenant et la famille [116,123,125].

Il semble aussi que ces approches puissent être pertinentes et utiles auprès des familles autochtones vivant en milieu urbain. Encore là, il importe qu'elles soient adaptées aux besoins de ces familles, ce qui peut inclure – dans certains cas – le recours à des services d'hébergement de crise et de transport pour les rendez-vous de suivi [128,129].

¹⁷ Par exemple, au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux a développé le programme de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Dès 2004, ce programme a été graduellement implanté dans la plupart des régions du Québec. Depuis 2008 et 2014 respectivement, les instances de santé de l'Eeyou Istchee et du Nunavik offrent ces types de services à l'ensemble des familles de leur région. Chacune des régions a adapté les SIPPE en fonction de leur contexte spécifique et en partenariat avec les acteurs du milieu.

Approches adaptées en prévention du suicide

« Comme l'érosion, la dégradation, au niveau de la transmission des traditions culturelles semble avoir contribué de façon très importante [...] au sentiment de détresse généralisé chez les jeunes autochtones, l'établissement de programmes dont le but est de transmettre les connaissances, les valeurs et les traditions culturelles, généralement par l'intermédiaire d'Aînés respectés, est une composante cruciale de tout programme de prévention du suicide destiné aux Autochtones (Kirmayer et collab., 1993b). » [32]

Étant donné l'attention portée à la prévalence très élevée des taux de suicide chez les populations autochtones, c'est dans ce domaine que l'on retrouve le plus grand nombre d'études publiées. Cependant, encore une fois, peu d'études rigoureuses permettent de bien évaluer l'efficacité des programmes de prévention du suicide dans ces milieux. Il semble néanmoins se dégager un consensus concernant les meilleures pratiques à privilégier, tant sur le plan de la prévention que de l'intervention clinique. Certaines mesures de prévention du suicide, lorsqu'adaptées, peuvent contribuer à prévenir des suicides en milieu autochtone (voir le chapitre 11 sur le suicide). Par exemple, comme ailleurs au Québec, des programmes à l'intention des enfants et des adolescents peuvent être implantés en milieu scolaire, et prendre la forme d'ateliers visant le développement de compétences personnelles et sociales : la résolution de problèmes, la gestion des émotions, la communication et la capacité de demander de l'aide pour soi et pour les autres. Aussi, la présence de personnes significatives autour des jeunes, qui sont en mesure de reconnaître les signes de détresse et qui connaissent les ressources d'aide, est essentielle en milieu autochtone pour rendre les ressources de soutien plus facilement accessibles, notamment par un rôle de liaison et par l'établissement d'un lien de confiance [130–132].

La mise en œuvre de stratégies de prévention du suicide dans les communautés autochtones dépend cependant d'un accès à des services bien organisés [32]. Des services de première ligne de qualité et culturellement sécuritaires présentent le potentiel d'avoir des effets positifs sur la prévention du suicide et plusieurs autres formes de violence. Malheureusement, beaucoup de cliniciens en soins de santé primaires ne sont pas suffisamment formés pour bien évaluer et traiter le comportement suicidaire. Ainsi, la formation des prestataires de soins de santé primaires en santé mentale, en détection et en évaluation du risque suicidaire, ainsi qu'en intervention d'urgence est un élément essentiel d'une stratégie globale de prévention du suicide en milieu autochtone comme ailleurs.

En plus de ces stratégies, des équipes de postvention peuvent également être aptes à intervenir rapidement dès la survenue d'un suicide dans un milieu afin d'éviter que se produise une vague de suicides. Les cellules de crise mobilisent habituellement des représentants de tous les secteurs concernés, notamment l'école, les services de santé, le gouvernement local et les services de police. Des membres du clergé ou des guérisseurs locaux reconnus peuvent également être impliqués. Dans les milieux tissés serrés, comme le sont de nombreuses communautés autochtones, ces équipes exercent un travail essentiel.

Il est également bien connu que la couverture médiatique de cas de suicide peut contribuer à l'émergence de vagues de suicides, par un effet de contagion [133–136]. En milieu autochtone, les taux élevés de suicide présentent un attrait médiatique particulier; en revanche, toute cette attention médiatique peut accroître sa prévalence au sein des populations visées. Comme dans d'autres milieux, le principe de précaution invite à la prudence dans le traitement médiatique des cas de suicide pour éviter l'effet de contagion; des recommandations précises aux médias peuvent être formulées [136].

Enfin, la restriction de l'accès aux moyens pouvant mener au suicide, comme les armes à feu, a un impact sur la diminution du nombre de décès par suicide dans la population générale [136]. Par contre, dans bon nombre de communautés autochtones, les mesures de contrôle des armes à feu exigent des dispositions adaptées, et sont plus difficilement applicables dans la mesure où la majorité des familles possèdent de telles armes pour chasser et se nourrir. En outre, les données de mortalité par suicide parmi les jeunes autochtones au Canada indiquent que la pendaison est – de loin – le moyen le plus courant; il peut donc s'avérer difficile d'éliminer complètement les moyens permettant de commettre de tels actes.

Prévention de la violence par l'intervention sur les problèmes structureaux

Alors que certains programmes peuvent contribuer à réduire certaines formes de violence, il s'avère que l'intervention sur la violence vécue par les Autochtones va bien au-delà de la mise en place de programmes spécifiques, et requiert une approche intersectorielle à plusieurs niveaux de gouvernance. Elle dépend aussi de l'octroi d'un meilleur financement pour que des actions à portée durable puissent être entreprises dans les communautés [2,49,50].

La prévention de la violence passe également par l'amélioration de l'offre de services de santé et de services sociaux, qui tient compte du contexte dans lequel sont ancrées les inégalités vécues par les populations autochtones, ainsi que par la valorisation des pratiques autochtones de guérison.

Favoriser les services culturellement pertinents et sécurisants

En vue d'améliorer la prestation des services offerts aux Autochtones, le concept de la sécurité culturelle des services est promu depuis plusieurs années dans le cadre de diverses démarches visant à définir un cadre de compétences essentielles destiné à tout intervenant en santé qui travaille avec des populations autochtones [137]. Développé initialement en Nouvelle-Zélande, le concept de sécurité culturelle est maintenant utilisé dans une variété de contextes autochtones à travers le monde. Les bénéfices de cette approche dans la qualité des soins offerts aux populations sont également démontrés dans un nombre croissant de recherches [129,138].

Le concept de la sécurité culturelle va au-delà des concepts de sensibilisation et de compétences culturelles en mettant l'accent sur l'importance de reconnaître le contexte colonial, historique et sociopolitique dans lequel s'enracinent les inégalités vécues par les Autochtones. Agir selon ce principe signifie donc de remettre en question les structures de pouvoir telles qu'elles s'inscrivent à tous les niveaux des milieux de soins conventionnels, que ce soit dans la relation prestataire-patient, l'intégration des méthodes traditionnelles dans l'offre de soins, et les barrières structurelles d'accès aux soins pour les populations autochtones [1,137].

Cela exige donc que les intervenants non autochtones soient mieux formés sur l'histoire de la colonisation vécue par les Autochtones de manière à enrayer les stéréotypes et les préjugés nourris à l'égard des clientèles autochtones qui se présentent dans les établissements de santé à la recherche d'aide [1,37,47,50,86]. Concrètement, cela se traduira par l'établissement d'une relation prestataire-patient égalitaire où le patient pourra prendre les décisions qui le concernent [137,139], de même que par une ouverture de la part des professionnels à la pratique réflexive sur l'impact de leur propre culture sur la façon dont ils offrent les soins [140].

Miser sur le personnel autochtone

Outre la formation des professionnels de la santé non autochtones, la sécurité culturelle repose également sur la disponibilité de travailleurs autochtones. Cela est d'autant plus fondamental en santé mentale et en prévention de la violence vu l'importance cruciale des connaissances linguistiques et culturelles dans l'évaluation et le traitement des problématiques psychosociales. Non seulement l'engagement de ces travailleurs permet l'élaboration de méthodes de counseling et de soutien adaptées à la culture, mais il contribue également à valoriser et à renforcer un sentiment d'identité collective [141].

Pour favoriser le recrutement et la rétention des travailleurs locaux, des guérisseurs et des aidants, il importe de rendre accessibles des programmes de formation de qualité. Il est également primordial d'assurer un soutien émotionnel adéquat. En effet, dans de petites communautés, les travailleurs sont souvent liés d'une façon ou d'une autre aux personnes auxquelles elles viennent en aide; il peut alors être difficile pour eux de

prendre une pause de leur rôle d'aidant. De plus, cette situation peut entraîner un conflit d'intérêts, devenir intenable, et conduire à un état d'épuisement ou de stress émotionnel.

L'intégration d'approches de guérison autochtones

La sécurité culturelle exige aussi que soit offerte aux populations une approche thérapeutique (occidentale, autochtone ou mixte) selon leurs préférences et leur attachement aux valeurs traditionnelles. En effet, certaines formes de psychothérapie ou d'autres interventions en santé mentale peuvent ne pas correspondre aux valeurs ou aux réalités contemporaines propres aux Autochtones. De plus, les approches globales qui misent sur le réseau social et familial, ainsi que les approches holistiques qui tiennent compte des aspects physique, mental, émotionnel et spirituel de la personne semblent cadrer davantage avec les valeurs autochtones que les approches thérapeutiques strictement individuelles de la médecine occidentale [43,51,69].

À cet égard, la reconnaissance de l'efficacité de pratiques de guérison comme les cercles de guérison permettrait de briser le cycle de la victimisation et de la criminalité. Ces interventions s'appuient généralement sur les principes de guérison, où la participation à des activités culturelles et spirituelles de groupe contribue au renforcement de l'estime de soi et permet des modifications dans les modes de vie [43,50,61,87,88].

Ces démarches participent aux efforts de réappropriation des collectivités autochtones, au même titre que diverses formes d'initiatives de revitalisation culturelle, dont la pratique des modes de collecte et de préparation de la nourriture issue du territoire, la pratique d'activités et de cérémonies culturelles, ou le contrôle local des programmes d'éducation permettant notamment la transmission des langues autochtones [103].

Renforcer le soutien social des populations autochtones

La communauté étant généralement comprise comme un déterminant du bien-être des individus et des familles, plusieurs suggèrent de remettre à l'avant-plan les valeurs de la collectivité, de la solidarité et de l'entraide pour prévenir la violence et faire face aux situations de crise [61,85].

En effet, les interventions qui permettent de rassembler les membres de la communauté autour de préoccupations communes semblent prometteuses. Ces interventions peuvent, entre autres, recourir aux aînés pour transmettre leurs savoirs et leurs expériences à leurs descendants. De façon similaire, le fait de faire participer activement les jeunes, de nourrir leur leadership et de les encourager à s'impliquer dans des organismes communautaires promet d'être beaucoup plus efficace que de simplement leur donner de l'information ou d'offrir des programmes éducatifs.

D'autres activités de nature communautaire pour lesquelles les données semblent prometteuses en prévention de la violence incluent l'accès à des programmes de loisirs et de sports à l'intention des enfants et des jeunes afin de contrer l'ennui, de même que les groupes de soutien pour personnes souffrant de problèmes de dépendance, et l'intégration sociale des jeunes contrevenants de retour dans leur communauté après leur détention.

En milieu urbain, au Québec comme ailleurs au Canada, on compte notamment tout un réseau de centres d'amitié autochtones reconnus pour offrir des services spécifiquement dédiés aux populations autochtones [47,87].

Au Québec, les cliniques Minowé et Acokan, mises sur pied respectivement par le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et le Centre d'amitié autochtone de La Tuque, sont des exemples positifs du développement de nouvelles approches pour intégrer et adapter culturellement et socialement les services de santé et les services sociaux de première ligne aux clientèles autochtones urbaines qui, bien souvent, peuvent être réfractaires à utiliser les services offerts dans les établissements de santé et de services

sociaux [129]. La mise sur pied de ces deux cliniques est le fruit d'un partenariat entre les centres d'amitié autochtones et des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Il permet de faire le pont entre les services et la clientèle autochtone et, surtout, entre deux réalités qui se côtoient.

À Montréal, le RÉSEAU pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone de Montréal est l'un des premiers organismes visant la coordination des efforts des nombreux services de soutien destinés aux Autochtones. Ce réseau permet d'agir comme structure de gouvernance unifiée rassemblant les représentants municipaux, de même que ceux de nombreuses organisations autochtones de la ville dans le but de mieux articuler les services autour d'une vision commune visant l'amélioration des conditions économiques et sociales, de même que la qualité des services qui leur sont offerts [142].

Éclaircir le portrait d'ensemble

Afin de mieux orienter les actions à entreprendre et de mesurer l'efficacité des politiques et des programmes déjà mis en place, l'accès à des données de qualité est fondamental. Pourtant, à l'heure actuelle, la qualité et la disponibilité des données administratives ne permettent pas de dresser un portrait d'ensemble, d'assurer adéquatement le suivi systématique des facteurs de risque, ni de mettre sur pied et de financer des services culturellement appropriés [5,6,50,78,94]. La collecte et la publication de données sur les homicides, la violence familiale et la violence commise envers les femmes, sur la surreprésentation des Autochtones dans le système judiciaire et celle des enfants dans les services de protection de la jeunesse pourraient indiscutablement permettre de mieux orienter les services contribuant ainsi à réduire de « façon mesurable la surreprésentation des Autochtones parmi les victimes de crimes » [50].

Aussi, une stratégie d'évaluation devrait être établie parallèlement à l'élaboration de tout nouveau programme. Il convient en effet de pouvoir systématiquement évaluer non seulement l'efficacité des interventions à réduire la violence et leur acceptabilité sociale, mais également les processus de mise en application et leur évolution, et ce, afin d'évaluer la faisabilité des approches dans divers milieux. Les résultats de ces évaluations permettront enfin d'identifier des aspects utiles des stratégies, de même que de cerner les lacunes et d'améliorer les programmes.

Ces démarches d'évaluation peuvent être faites en partenariat avec des chercheurs universitaires ayant l'expertise requise. Pour être véritablement utile, la recherche doit cependant être menée en collaboration avec les collectivités afin de bien s'assurer de son bien-fondé et de sa sensibilité aux besoins locaux et aux perceptions [143]. Pour les aider, les chercheurs peuvent s'appuyer sur différents outils mis à leur disposition, dont un code d'éthique pour la conduite de recherche en association avec les collectivités et les membres autochtones, et des lignes directrices pour la recherche [144,145].

Références

- [1] Allan B., Smylie J. *First Peoples, Second Class Treatment. The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. [En ligne]. Toronto : The Wellesley Institute, 2015. Disponible sur : <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Full-Report-FPSCT-Updated.pdf>
- [2] Bureau du vérificateur général du Canada. *Rapport Le Point de 2011 de la vérificatrice générale du Canada. Chapitre 4. Les programmes pour les Premières Nations dans les réserves*. [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada, 2011. Disponible sur : http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_201106_04_f_35372.html
- [3] Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé. *Les racines de la résilience: aplanir les inégalités dans les communautés autochtones*. [En ligne]. 2015. Disponible sur : <http://www.deslibris.ca/ID/245896> (consulté le 25 août 2016)
- [4] Gracey, King. « Indigenous health part 1: determinants and disease patterns ». *Lancet* [En ligne]. 2009. Vol. 374 North American Edition, n°9683, p. 65-75. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60914-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60914-4)
- [5] Kaspar V. « The Lifetime Effect of Residential School Attendance on Indigenous Health Status ». *American Journal of Public Health* [En ligne]. 2014. Vol. 104, n°11, p. 2184-2190. Disponible sur : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301479>
- [6] Loppie Reading C., Wien F. *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. [En ligne]. Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009. Disponible sur : [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/Health%20Inequalities%20&%20Social%20Determinants%20of%20Aboriginal%20Peoples'%20Health%20\(French\).pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/Health%20Inequalities%20&%20Social%20Determinants%20of%20Aboriginal%20Peoples'%20Health%20(French).pdf)
- [7] Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2008. Chapitre 14: Services à la petite enfance*. [En ligne]. Wendake : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2013. Disponible sur : <http://cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/chapitre-14-services-petite-enfance.pdf?sfvrsn=2>
- [8] Nations Unies. *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. [En ligne]. Genève : Nations Unies, 2007. Disponible sur : http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_fr.pdf
- [9] Amnesty International. *No more stolen sisters. The need for a comprehensive response to discrimination and violence against Indigenous women in Canada*. [En ligne]. London : Amnesty International, 2009. Disponible sur : https://www.amnesty.ca/sites/amnesty/files/amr20012_2009en.pdf
- [10] Statistique Canada. « Classification de l'identité autochtone - 1 - Identité autochtone ». 2015. Disponible sur : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=246776&CVD=246777&CPV=1&CST=15062015&CLV=1&MLV=3 (consulté le 20 novembre 2017)
- [11] Kelly-Scott K., Smith K. *Peuples autochtones: Feuille d'information du Canada*. [En ligne]. Ottawa : Statistique Canada, 2015. Disponible sur : http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/statcan/89-656-x2015001-fra.pdf
- [12] Kelly-Scott K. *Les peuples autochtones: Feuille d'information du Québec*. [En ligne]. Ottawa : Statistique Canada, 2016. Disponible sur : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-656-x/89-656-x2016006-fra.htm>
- [13] Anderson M. J., Smylie J. K. « Health Systems Performance Measurement Systems in Canada: How Well do They Perform in First Nations, Inuit, and Métis Contexts? ». *Pimatisiwin*. 2009. Vol. 7, n°1, p. 99-115.
- [14] Smylie J. et collab. « Indigenous health performance measurement systems in Canada, Australia, and New Zealand ». *Lancet*. 2006. Vol. 367, p. 2029-31.
- [15] Smylie J., Firestone M. « Back to the basics: Identifying and addressing underlying challenges in achieving high quality and relevant health statistics for indigenous populations in Canada ». *Stat J IAOS* [En ligne]. 2015. Vol. 31, n°1, p. 67-87. Disponible sur : <https://doi.org/10.3233/SJI-150864>
- [16] Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2008. Chapitre 1: Caractéristiques sociodémographiques*. [En ligne]. Wendake : 2013. Disponible sur : <http://cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/chapitre-1.pdf?sfvrsn=2>
- [17] Rochette L., St-Laurent D., Plaziac C. *Socio-demographic Portrait. Qanuippitaa? How are we?*. [En ligne]. Kuujuaq; Montreal : Nunavik Regional Board of Health and Social Services and Institut national de santé publique du Québec, 2007. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/658_esi_sociodemo.pdf
- [18] Secrétariat aux affaires autochtones. « Statistiques des populations autochtones du Québec 2015 ». In : *Secrétariat aux affaires autochtones* [En ligne]. 2016. Disponible sur : <http://www.autochtones.gouv.qc.ca/nations/population.htm> (consulté le 19 septembre 2016)

- [19] Environics Institute. *Urban Aboriginal peoples study: main report*. [En ligne]. Toronto : Environics Institute, 2010. Disponible sur : <http://www.uaps.ca/wp-content/uploads/2010/03/UAPS-report-FRENCH.pdf>
- [20] Secrétariat aux affaires autochtones. « Où vivent les Autochtones? ». 2009. Disponible sur : http://www.autochtones.gouv.qc.ca/rerelations_autochtones/profils_nations/ou_vivent_ils.htm (consulté le 30 septembre 2016)
- [21] Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Particularités des services aux Premières Nations et aux Inuits - Contexte ». 2016. Disponible sur : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/particularites-des-services-aux-communautés-autochtones/#non-conventionnees> (consulté le 30 janvier 2018)
- [22] Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *À la recherche des Autochtones dans les mesures législatives et les politiques sur la santé, 1970 à 2008. Projet de synthèse politique*. [En ligne]. Prince George : 2011. Disponible sur : [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/28/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20\(French%20-%20Web\).pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/28/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20(French%20-%20Web).pdf)
- [23] Grammond S., Guay C. « Les enjeux de la recherche concernant l'enfance et la famille autochtones ». *Enfances Familles Générations* [En ligne]. 2016. n°25,. Disponible sur : <https://efg.revues.org/1216>
- [24] Lavoie J. G. « Policy silences: why Canada needs a National First Nations, Inuit and Métis health policy ». *Int J Circumpolar Health* [En ligne]. 2013. Vol. 72,. Disponible sur : <https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.22690>
- [25] Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Particularités des services aux Premières Nations et aux Inuits - Services et financement ». 2016. Disponible sur : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/particularites-des-services-aux-communautés-autochtones/services-et-financement/> (consulté le 30 janvier 2018)
- [26] Bagirishya H. « Services à la petite enfance ». In : *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2008* [En ligne]. Wendake : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2013. Disponible sur : <http://cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/chapitre-14-services-petite-enfance.pdf?sfvrsn=2>
- [27] Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2008. Chapitre 3: Migration*. [En ligne]. Wendake : 2013. Disponible sur : <https://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/chapitre-3.pdf?sfvrsn=2>
- [28] Kishigami N. « Homeless Inuit in Montreal ». *etudinuit* [En ligne]. 2008. Vol. 32, n°1, p. 73-90. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/029820ar>
- [29] Agence de la santé publique du Canada. *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*. [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada, 2016. Disponible sur : <http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/departement-ministere/state-public-health-family-violence-2016-etat-sante-publique-violence-familiale/alt/pdf-fra.pdf>
- [30] Brownridge D. A. « Understanding the Elevated Risk of Partner Violence Against Aboriginal Women: A Comparison of Two Nationally Representative Surveys of Canada ». *Journal of Family Violence* [En ligne]. 2008. Vol. 23, n°5, p. 353-367. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9160-0>
- [31] Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *La violence familiale: un déterminant social de la santé des Premières Nations, Inuit et Métis*. [En ligne]. Prince George : 2009. Disponible sur : [http://www.ccnsa-nccah.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/19/Family%20Violence%20\(French\).pdf](http://www.ccnsa-nccah.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/19/Family%20Violence%20(French).pdf)
- [32] Kirmayer L. J. et collab. *Suicide chez les Autochtones au Canada*. [En ligne]. Ottawa : Fondation autochtone de guérison, 2007. Disponible sur : <http://www.fadg.ca/downloads/le-suicide.pdf>
- [33] Commission royale sur les peuples autochtones. *Rapport de la Commission royale sur les Peuples autochtones. Volume 3: Vers un ressourcement*. [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada, 1996. Disponible sur : <http://data2.archives.ca/e/e448/e011188231-03.pdf>
- [34] 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
- [35] Mikkonen J., Raphael D. *Déterminants sociaux de la santé: les réalités canadiennes*. [En ligne]. Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York, 2011. Disponible sur : http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf
- [36] Czyzewski K. « Colonialism as a Broader Social Determinant of Health ». *The International Indigenous Policy Journal* [En ligne]. 2011. Vol. 2, n°1. Disponible sur : <http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1016&context=iipj>
- [37] Greenwood M. L., De Leeuw S. N. « Social determinants of health and the future well-being of Aboriginal children in Canada ». *Paediatr Child Health*. 2012. Vol. 17, n°7, p. 381-384.
- [38] Chansonneuve D. *Reclaiming Connections: Understanding Residential School Trauma Among Aboriginal People*. [En ligne]. Ottawa : Aboriginal Healing Foundation, 2005. Disponible sur : <http://www.ahf.ca/downloads/healing-trauma-web-eng.pdf>

- [39] Bombay A., Matheson K., Anisman H. *Origine de la violence latérale dans les collectivités autochtones: Une étude préliminaire de la violence entre élèves dans les pensionnats*. [En ligne]. Ottawa : Fondation autochtone de guérison, 2014. Disponible sur : <http://www.ahf.ca/downloads/lateral-violence-french.pdf>
- [40] Catalyst Research and Communications. *Working with First Nations, Inuit and Métis families who have experienced family violence. A practice guide for child welfare professionals*. [En ligne]. Ontario : Ontario Association of Children's Aid Societies, Government of Ontario, 2012. Disponible sur : http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/FN_Inuit_Metis_Families_Family_Violence.pdf
- [41] Holmes C., Hunt S. *Les collectivités autochtones et la violence familiale: changer la façon d'en parler*. [En ligne]. Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2017. Disponible sur : <http://www.nccah-ccnsa.ca/fr/> (consulté le 27 octobre 2017)
- [42] Gibson N. « Speaking of Domestic Violence ». *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health* [En ligne]. 2010. Vol. 8, n°2,. Disponible sur : <https://journalindigenousewellbeing.com/wp-content/uploads/2010/09/01GibsonEditorial.pdf>
- [43] Montminy L. et collab. « Pour une meilleure compréhension des particularités de la violence familiale vécue par les femmes autochtones au Canada ». *Nouvelles pratiques sociales* [En ligne]. 2010. Vol. 23, n°1, p. 53. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1003167ar>
- [44] Dumont-Smith C. *Violence contre les aînés au Canada*. [En ligne]. Ottawa : Fondation autochtone de guérison, 2002. (Collection recherche). Disponible sur : <http://www.fadg.ca/downloads/elder-abuse.pdf>
- [45] Hunt S. *Une introduction à la santé des personnes bispirituelles : questions historiques, contemporaines et émergentes*. [En ligne]. Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2016. Disponible sur : <http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/156/2016-05-10-RPT-HealthTwoSpirit-Hunt-FR-Web.pdf>
- [46] Association des femmes autochtones du Canada. *Ce que leurs histoires nous disent: résultats de recherche de l'initiative Soeurs par l'esprit*. [En ligne]. Ottawa : 2010. Disponible sur : <https://www.nwac.ca/wp-content/uploads/2015/06/2010-What-Their-Stories-Tell-Us-Research-Findings-SIS-Initiative-FR.pdf>
- [47] Femmes autochtones du Québec. *Nāniawig Māmawe Ninawind. Debout et solidaires. Femmes autochtones disparues ou assassinées au Québec*. [En ligne]. Kahnawake : 2015. Disponible sur : <http://www.faq-gnw.org/wp-content/uploads/2016/09/RapportFADA-Copie.pdf>
- [48] Blackstock C., Trocmé N., Bennett M. « Child Maltreatment Investigations Among Aboriginal and Non-Aboriginal Families in Canada ». *Violence Against Women* [En ligne]. 2004. Vol. 10, n°8, p. 901-916. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077801204266312>
- [49] Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *Comprendre la négligence dans les familles des Premières Nations*. [En ligne]. Prince George : 2009. Disponible sur : http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/11/UnderstandingNeglect_FR_web.pdf
- [50] Commission de vérité et de réconciliation du Canada. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. [En ligne]. Winnipeg : 2015. Disponible sur : http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/French_Exec_Summary_web_revised.pdf
- [51] Tourigny M. et collab. « Les mauvais traitements envers les enfants autochtones signalés à la Protection de la jeunesse du Québec: Comparaison Interculturelle ». *First Peoples Child & Family Review*. 2007. Vol. 3, n°3, p. 84-102.
- [52] Trocmé N., Knoke D., Blackstock C. « Pathways to the Overrepresentation of Aboriginal Children in Canada's Child Welfare System ». *Social Service Review*. 2004. Vol. December, p. 577-600.
- [53] Dufour S. « Enjeu ethnoculturel-Observatoire sur la maltraitance ». In : *Observatoire sur la maltraitance des enfants* [En ligne]. 2013. Disponible sur : http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d_oeil_sur_l_enjeu_ethnoculturel.aspx (consulté le 18 novembre 2016)
- [54] Guay C., Grammond S. « Les enjeux de l'application des régimes de protection de la jeunesse aux familles autochtones ». *nps* [En ligne]. 2012. Vol. 24, n°2, p. 67-83. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1016348ar>
- [55] Guay C. « Les familles autochtones : des réalités sociohistoriques et contemporaines aux pratiques éducatives singulières ». *Intervention*. 2015. n°141, p. 17-27.
- [56] Kirmayer L. J., Tait C. L., Simpson C. « The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada: Transformations of Identity and Community ». In : *Healing Traditions. The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada* [En ligne]. Vancouver : Laurence J. Kirmayer and Gail Guthrie Valaskakis, 2009. p. 3-35. Disponible sur : <http://www.ubcpublishing.ca/books/pdf/chapters/2008/HealingTraditions.pdf>
- [57] Tousignant M. et collab. « Comprendre et agir sur le suicide chez les Premières Nations : Quelques lunes après l'initiation ». *fr* [En ligne]. 2008. Vol. 21, n°1, p. 113-119. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/037881ar>
- [58] Chandler M. J., Lalonde C. « Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations ». *Transcultural psychiatry*. 1998. Vol. 35, n°2, p. 193-211.
- [59] Gray A. P., Richer F., Harper S. « Individual- and community-level determinants of Inuit youth mental wellness ». *Can J Public Health*. 2016. Vol. 107, n°3, p. e251-e257.

- [60] Kral M. J. et collab. « Unikkaartuit: meanings of well-being, unhappiness, health, and community change among Inuit in Nunavut, Canada ». *Am J Community Psychol* [En ligne]. 2011. Vol. 48, n°3-4, p. 426-438. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10464-011-9431-4>
- [61] Kirmayer L., Simpson C., Cargo M. « Healing traditions: culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples ». *Australasian Psychiatry*. 2003. Vol. 11, n°Supplement, p. S15-S23.
- [62] Silburn S. et collab. « Preventing Suicide Among Aboriginal Australians ». In : *Working Together: Aboriginal and Torres Strait Islander Mental Health and Wellbeing Principles and Practice* [En ligne]. Australia : Pat Dudgeon, Helen Milroy and Roz Walker, 2014. Disponible sur : <http://aboriginal.telethonkids.org.au/media/673979/wt-part-2-chapt-9-final.pdf>
- [63] Gendarmerie royale du Canada. *Les femmes autochtones disparues et assassinées: un aperçu opérationnel national*. [En ligne]. Ottawa : 2014. Disponible sur : http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/liste_hebdomadaire/2014/electrique/w14-21-U-F.html/collections/collection_2014/grc-rcmp/PS64-115-2014-fra.pdf
- [64] Perreault S. *La victimisation criminelle au Canada, 2014*. [En ligne]. Ottawa : Statistique Canada, 2015. Disponible sur : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2015001/article/14241-fra.pdf>
- [65] Boyce J. *La victimisation chez les Autochtones au Canada, 2014*. [En ligne]. Ottawa : Statistique Canada, 2016. Disponible sur : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2016001/article/14631-fra.htm>
- [66] Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2008. Chapitre 5: Bien-être personnel*. [En ligne]. Wendake : 2013. Disponible sur : <http://cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/chapitre-5.pdf?sfvrsn=2>
- [67] Lavoie F. et collab. *Prevalence and nature of sexual violence in Nunavik. Qanuippitaa? How are we?*. [En ligne]. Kuujuaq; Montreal : Nunavik Regional Board of Health and Social Services and Institut national de santé publique du Québec, 2007. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/668_esi_sexual_violence.pdf
- [68] Brownridge D. A. « Intimate Partner Violence Against Aboriginal Men in Canada ». *Australian & New Zealand Journal of Criminology (Australian Academic Press)* [En ligne]. 2010. Vol. 43, n°2, p. 223-237. Disponible sur : <https://doi.org/10.1375/acri.43.2.223>
- [69] Lavoie F. et collab. *Epidemiological Portrait of Physical Violence and Property Offences in Nunavik. Qanuippitaa? How are we?*. [En ligne]. Kuujuaq; Montreal : Nunavik Regional Board of Health and Social Services and Institut national de santé publique du Québec, 2007. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/689_esi_physical_violence_property_offences.pdf
- [70] Torrie J. E. et collab. « Population health - Overview of the Health of the Population of Region 18 ». 2013. Disponible sur : <http://www.creehealth.org/surveillance-data/population-health> (consulté le 7 juin 2017)
- [71] Innes R. A. « Commentary - Moose on the Loose: Indigenous Men, Violence, and the Colonial Excuse (with errata) ». *aboriginal policy studies*. 2015. Vol. 4, n°1, p. 46-56.
- [72] Affaires autochtones et du Nord Canada. « Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées - À propos de l'enquête indépendante ». 2016. Disponible sur : <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1470140972428/1470141043933> (consulté le 17 octobre 2016)
- [73] Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. « À propos de nous ». In : *Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées* [En ligne]. 2017. Disponible sur : <http://www.mmiwg-ffada.ca/fr/> (consulté le 17 octobre 2017)
- [74] Kirmayer L. J., Paul K. W. *Qanuippitaa? How are we? Mental Health, Social Support and Community Wellness*. [En ligne]. Kuujuaq; Montréal : Nunavik Regional Board of Health and Social Services; Institut national de santé publique du Québec, 2007. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/666_esi_mental_health.pdf
- [75] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*. [En ligne]. Québec : Gouvernement du Québec, 2012. Disponible sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-202-04F.pdf>
- [76] Burnette C. E., Figley C. R. « Historical Oppression, Resilience, and Transcendence: Can a Holistic Framework Help Explain Violence Experienced by Indigenous People? ». *Soc Work* [En ligne]. 2016. Vol. 62, n°1, p. 37-44. Disponible sur : <https://doi.org/10.1093/sw/sww065>
- [77] Patrick K. « Not just justice: inquiry into missing and murdered Aboriginal women needs public health input from the start ». *CMAJ* [En ligne]. 2016. Vol. 188, n°5, p. E78-E79. Disponible sur : <https://doi.org/10.1503/cmaj.160117>
- [78] Sinha V., Kozlowski A. « The Structure of Aboriginal Child Welfare in Canada ». *International Indigenous Policy Journal* [En ligne]. 2013. Vol. 4, n°2. Disponible sur : <https://doi.org/10.18584/iipj.2013.4.2.2> (consulté le 11 août 2016)
- [79] Commission royale sur les peuples autochtones. *Rapport de la Commission royale sur les Peuples autochtones. Volume 1: Un passé, un avenir*. [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada, 1996. Disponible sur : <http://data2.archives.ca/e/e448/e011188231-01.pdf>

- [80] Commission royale sur les peuples autochtones. *À l'aube d'un rapprochement. Points saillants du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*. [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada, 1996. Disponible sur : <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014597/1100100014637>
- [81] Kirmayer L., Simpson C., Cargo M. « Healing traditions: culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples ». *Australasian Psychiatry*. 2003. Vol. 11, n°Supplement, p. S15-S23.
- [82] Sinha V. et collab. « La composante Premières Nations de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants: Une approche axée sur le renforcement des capacités dans le cadre d'une recherche nationale appliquée aux Premières Nations ». *Nouvelles pratiques sociales* [En ligne]. 2010. Vol. 23, n°1, p. 83. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1003169ar>
- [83] Bombay A., Matheson K., Anisman H. « The intergenerational effects of Indian Residential Schools: Implications for the concept of historical trauma ». *Transcult Psychiatry* [En ligne]. Juin 2014. Vol. 51, n°3, p. 320-338. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1363461513503380>
- [84] Femmes autochtones du Québec. *Les femmes autochtones et la violence*. [En ligne]. Kahnawake : 2008. Disponible sur : http://www.faq-gnw.org/sites/default/files/publications/femmesautocht onesetviolence-tradFR_000.pdf
- [85] Loiselle-Boudreau J. *Recommandations de mesures dans le cadre de la mise en oeuvre des travaux portant sur le troisième Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle*. Kahnawake : Femmes autochtones du Québec inc., 2014.
- [86] Collège des médecins de famille du Canada. *Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts. Document d'information*. [En ligne]. Mississauga : Groupe de travail sur la santé autochtone, 2016. Disponible sur : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/PDFs/C ommuniqu e SystemicRacism FRE.pdf>
- [87] Monchalin L. « Canadian Aboriginal peoples victimization, offending and its prevention: Gathering the evidence ». *Crime Prev Community Saf* [En ligne]. 2010. Vol. 12, n°2, p. 119-132. Disponible sur : <https://doi.org/10.1057/cpcs.2009.23>
- [88] Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, Gendarmerie royale du Canada. *La violence familiale dans les communautés autochtones. Une étude*. [En ligne]. Ottawa : 2001. Disponible sur : <http://www.cwhn.ca/fr/node/22445>
- [89] Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2008. Chapitre 4: Pensionnats*. [En ligne]. Wendake : 2013. Disponible sur : <http://cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/chapitre-4.pdf?sfvrsn=2>
- [90] Centre national d'information sur la violence dans la famille. *Les femmes autochtones et la violence familiale*. [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada, 2008. Disponible sur : http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/as pc-phac/HP20-10-2008F.pdf
- [91] Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador. *Mémoire. Pauvreté et exclusion sociale chez les Premières Nations. Portrait sommaire et recommandations*. [En ligne]. Wendake : 2016. Disponible sur : http://www.cssspnql.com/docs/default-source/centre-de-documentation/m%C3%A9moire-lutte-pauvret%C3%A9-apnql-cssspnql_2016_fra.pdf?sfvrsn=2
- [92] Daoud N. et collab. « The contribution of socio-economic position to the excesses of violence and intimate partner violence among aboriginal versus non-Aboriginal Women in Canada ». *Can J Public Health*. 2013. Vol. 104, n°4, p. e278-283.
- [93] Monchalin L., Marques O. « Preventing Crime and Poor Health Among Aboriginal People: The Potential for Preventative Programming ». *First Peoples Child & Family Review*. 2012. Vol. 7, n°2, p. 112-129.
- [94] Macdonald D., Wilson D. *Shameful Neglect. Indigenous Child Poverty in Canada*. [En ligne]. Ottawa : Canadian Centre for Policy Alternatives, 2016. Disponible sur : <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/shameful-neglect>
- [95] Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador. *Les besoins en logement des Premières Nations au Québec et au Labrador (2014)*. [En ligne]. Wendake : 2014. Disponible sur : <http://www.apnql-afnql.com/fr/dossiers/img/logement/BesoinsLogement-2014-resume-fr-en.pdf>
- [96] Déry S., Zoungrana H. *The Housing Situation in Nunavik: A Public Health Priority*. [En ligne]. Kuujuaq : Nunavik Regional Board of Health and Social Services, 2009. Disponible sur : <http://www.krg.ca/images/stories/docs/Parnasimautik/Annexes/ENG/Annex%204%20The%20housing%20situation%20in%20Nunavik%20a%20public%20health%20priority%20eng.pdf>
- [97] Breton A., Dufour S., Lavergne C. « Les enfants autochtones en protection de la jeunesse au Québec : leur réalité comparée à celle des autres enfants ». *crimino* [En ligne]. 2012. Vol. 45, n°2, p. 157-185. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1013724ar>
- [98] Affaires autochtones et du Nord Canada. « Le principe de Jordan ». 2012. Disponible sur : <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1334329827982/1334329861879> (consulté le 18 novembre 2016)
- [99] Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada. « Principe de Jordan ». 2016. Disponible sur : <https://fncaringociety.com/fr/principe-de-jordan> (consulté le 18 novembre 2016)

- [100] Nguyen S. « Le Canada exerce de la discrimination envers les enfants autochtones : le Tribunal canadien des droits de la personne ». In : *Gowling WLG* [En ligne]. 2016. Disponible sur : <https://gowlingwlg.com/fr/canada/insights-resources/le-canada-exerce-de-la-discrimination-envers-les-enfants-autochtones-le-tribunal-canadien-des-droits-de-la-personne> (consulté le 10 juin 2016)
- [101] Comité pour la santé des Autochtones de Montréal. *Évaluation des besoins en santé des autochtones en milieu urbain de Montréal*. [En ligne]. Montréal : 2012. Disponible sur : <http://reseautlnetwork.com/wp-content/uploads/2015/01/Rapport-final---valuation-des-besoins-en-sant--.pdf>
- [102] Briggs J. L. « Socialization, family conflicts and responses to culture change among Canadian Inuit ». *Arctic Med Res*. 1985. Vol. 40, p. 40-52.
- [103] Kirmayer L. J. et collab. « Rethinking Resilience From Indigenous Perspectives ». *La Revue canadienne de psychiatrie*. 2011. Vol. 56, n°2, p. 84-91.
- [104] Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2008. Chapitre 6: Bien-être communautaire*. [En ligne]. Wendake : 2013. Disponible sur : <https://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/chapitre-6.pdf?sfvrsn=2>
- [105] Statistique Canada. « La victimisation chez les Autochtones au Canada, 2014 ». *Le Quotidien* [En ligne]. 2016. n°28 juin. Disponible sur : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/160628/dq160628a-fra.pdf>
- [106] Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. *Portrait de l'itinérance dans les communautés des Premières Nations au Québec*. [En ligne]. Wendake : 2016. Disponible sur : http://www.cssspnql.com/docs/default-source/centre-de-documentation/portrait_itin_fra_web.pdf?sfvrsn=2
- [107] Collin-Vézina D., Dion J., Trocmé N. « Sexual Abuse in Canadian Aboriginal Communities: A Broad Review of Conflicting Evidence ». *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*. 2009. Vol. 7, n°1, p. 27-47.
- [108] Irwin L. G., Siddiqi A., Hertzman C. *Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final Report for the World Health Organizations' Commission on the Social Determinants of Health*. [En ligne]. Vancouver : 2007. Disponible sur : http://www.who.int/social_determinants/resources/eccdn_report_07_2007.pdf
- [109] Organisation mondiale de la santé. *Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. [En ligne]. Genève : 2009. Disponible sur : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- [110] Flynn C. et collab. « Sortir la violence de sa vie, sans sortir de l'autochtonie : l'importance de mieux comprendre les besoins des femmes autochtones en milieux urbains ». *Alterstice - Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*. 2014. Vol. 3, n°2, p. 51-66.
- [111] Laliberté A. *Un modèle écologique pour mieux comprendre le suicide chez les Autochtones: une étude exploratoire*. [En ligne]. Thèse. Montréal : Université du Québec à Montréal, 2007. Disponible sur : <http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/002/NR30327.PDF>
- [112] World Health Organization. *Interpersonal violence and alcohol*. [En ligne]. Geneva : 2006. (WHO Policy Briefing). Disponible sur : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/pb_violencealcohol.pdf
- [113] Inuit Tapiriit Kanatami. *Social Determinants of Inuit Health in Canada*. [En ligne]. Ottawa : 2014. Disponible sur : https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK_Social_Determinants_Report.pdf
- [114] Le Protecteur du citoyen. *Les conditions de détention, l'administration de la justice et la prévention de la criminalité au Nunavik*. [En ligne]. Québec : Assemblée nationale, Gouvernement du Québec, 2016. Disponible sur : https://protecteurducitoyen.gc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2016-02-18_conditions-de-detention-Nunavik.pdf
- [115] Shea B., Nahwegahbow A., Andersson N. « Reduction of Family Violence in Aboriginal Communities: A Systematic Review of Interventions and Approaches ». *Pimatisiwin*. 2010. Vol. 8, n°2, p. 35-60.
- [116] Beaugard D., Comeau L., Poissant J. *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*. [En ligne]. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 2010. Disponible sur : https://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1141_EfficaciteInterventionsSIPPE.pdf
- [117] Boller K. « Home visiting | Evidence for the Role of Home Visiting in Child Maltreatment Prevention ». In : *Encyclopedia on Early Childhood Development* [En ligne]. 2012. Disponible sur : <http://www.child-encyclopedia.com/home-visiting/according-experts/evidence-role-home-visiting-child-maltreatment-prevention>
- [118] Council on Community Pediatrics. « The role of preschool home-visiting programs in improving children's developmental and health outcomes ». *Pediatrics* [En ligne]. 2009. Vol. 123, n°2, p. 598-603. Disponible sur : <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3607>
- [119] Sharps P. W. et collab. « Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence ». *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [En ligne]. 2008. Vol. 37, n°4, p. 480-490; quiz 490-491. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00267.x>

- [120] Irvine K. *Supporting Aboriginal Parents: Teachings for the Future*. [En ligne]. Prince George : National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2009. Disponible sur : <http://www.ccsa.ca/docs/child%20and%20youth/NCCH-supportingaboriginalparents-web-april2009.pdf>
- [121] Ball J. « Promoting Equity and Dignity for Aboriginal Children in Canada ». *IRPP Choices* [En ligne]. 2008. Vol. 14, n°7. Disponible sur : <http://irpp.org/wp-content/uploads/assets/research/aboriginal-quality-of-life/promoting-equity-and-dignity-for-aboriginal-children-in-canada/vol14no7.pdf> [122] Best Start Resource Centre. *A Sense of Belonging: Supporting Healthy Child Development in Aboriginal Families*. Toronto : Best Start: Ontario's Maternal, Newborn and Early Child Development Resource Centre, 2011.
- [123] Bowes J., Grace R. *Review of early childhood parenting, education and health intervention programs for Indigenous children and families in Australia*. Issues paper no. 8 produced for the Closing the Gap Clearinghouse. [En ligne]. Australia : Australian Government, 2014. (Issues paper). Disponible sur : <https://pdfs.semanticscholar.org/dcf1/1c0e215c4e1e7ebdfdb2618fd73da336845d.pdf>
- [124] Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *L'espace sacré de la féminité. Le maternage à travers les générations. Événement national sur les femmes des Premières nations, inuites et métisses et sur le maternage*. [En ligne]. Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2012. Disponible sur : <https://www.ccsa-nccah.ca/docs/health/RPT-SacredSpaceWomanhood-Bckgrnd-FR.pdf>
- [125] Gerlach A. *Steps in the Right Direction. Connecting & Collaborating in Early Intervention Therapy with Aboriginal Families & Communities in British Columbia*. [En ligne]. British Columbia : BC Aboriginal Child Care Society, 2007. Disponible sur : http://www.acc-society.bc.ca/files_2/documents/StepsintheRightDirection2007.pdf
- [126] Mildon R., Polimeni M. *Parenting in the early years: effectiveness of parenting support programs for Indigenous families*. Issues paper no. 8 produced for the Closing the Gap Clearinghouse. [En ligne]. Australia : Australian Government, 2012. (Resource sheet). Disponible sur : <https://www.aihw.gov.au/getmedia/0e01fe6d-04b4-4ee9-bc8a-2614fdf27cc1/ctgc-rs16.pdf.aspx?inline=true> (consulté le 19 octobre 2017)
- [127] Ministry of Education. *Te Whāriki: he whāriki mātauranga mō ngā mokopuna o Aotearoa. Early childhood curriculum*. Wellington, N.Z. : Learning Media, New Zealand Government, 1996.
- [128] Agence de la santé publique du Canada. *Les femmes autochtones et la violence familiale*. Ottawa : Gouvernement du Canada, 2008.
- [129] Conseil canadien de la santé. *Empathie, dignité et respect. Créer la sécurité culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*. [En ligne]. Toronto : Conseil canadien de la santé, 2012. Disponible sur : http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/cc-s-hcc/H174-39-2012-fra.pdf
- [130] Isaac M. et collab. « Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review ». *Can J Psychiatry* [En ligne]. Avril 2009. Vol. 54, n°4, p. 260-268. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/070674370905400407>
- [131] Nasir B. F. et collab. « The need for a culturally-tailored gatekeeper training intervention program in preventing suicide among Indigenous peoples: a systematic review ». *BMC Psychiatry* [En ligne]. 21 2016. Vol. 16, n°1, p. 357. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1059-3>
- [132] Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Preventing Suicide: A Toolkit for High Schools*. [En ligne]. Rockville (MD), USA : HHS Publication No. SMA-12-4669. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012. Disponible sur : <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA12-4669/SMA12-4669.pdf>
- [133] Phillips D. P., Carstensen L. L. « Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide ». *N. Engl. J. Med.* [En ligne]. 1986. Vol. 315, n°11, p. 685-689. Disponible sur : <https://doi.org/10.1056/NEJM198609113151106>
- [134] Phillips D. P., Lesyna K., Paight D. J. « Suicide and the media ». In : *Assessment and prediction of suicide*. New York : Guilford Press, 1992. p. 499-519.
- [135] Pirkis J., Blood R. W. « Suicide and the media. Part I: Reportage in nonfictional media ». *Crisis* [En ligne]. 2001. Vol. 22, n°4, p. 146-154. Disponible sur : <https://doi.org/10.1027//0227-5910.22.4.146>
- [136] Organisation mondiale de la santé. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2014. Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/
- [137] Baba L. *Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. État des lieux sur la compétence et la sécurité culturelle en éducation, en formation et dans les services de santé*. [En ligne]. Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2013. Disponible sur : http://www.nccah-ccsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/88/CIPHER_report_FR_web_updated.pdf
- [138] Brascoupé S., Waters C. « Cultural Safety - Exploring the Applicability of the Concept of Cultural Safety to Aboriginal Health and Community Wellness ». *Journal of Aboriginal Health*. 2009. Vol. 5, n°2, p. 6-41.
- [139] Indigenous Physicians Association of Canada and the Association of Faculties of Medicine of Canada. *First Nations, Inuit, Métis Health Core Competencies. A Curriculum Framework for Undergraduate Medical Education - Updated April 2009*. [En ligne]. Winnipeg : 2008. Disponible sur : <https://afmc.ca/pdf/CoreCompetenciesEng.pdf>
- [140] Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. « Health Professionals Working With First Nations, Inuit, and Métis Consensus Guideline ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2013. Vol. 35, n°6 (Suppl 2), p. S7-S8.

- [141] Duran E., Duran B. *Native American Postcolonial Psychology*. Albany : State University of New York Press, 1995.
- [142] RÉSEAU pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone à Montréal. « À propos de nous ». 2017. Disponible sur : <http://reseauumlnetwork.com/a-propos-de-nous/> (consulté le 9 mai 2017)
- [143] Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. « Les principes PCAP des Premières Nations ». 2017. Disponible sur : <http://fnigc.ca/fr/pcap.html> (consulté le 9 mai 2017)
- [144] Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche. « La recherche visant les Premières Nations, les Inuits ou les Métis du Canada ». In : *Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains* [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada, 2014. p. 121-154. Disponible sur : http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC_2_FINALE_Web.pdf
- [145] Instituts de recherche en santé du Canada. « Lignes directrices des IRSC pour la recherche en santé chez les peuples autochtones (2007-2010) ». 2013. Disponible sur : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29134.html> (consulté le 30 janvier 2018)

Chapitre 11

La violence auto-infligée : le suicide et les tentatives de suicide

Brian L. Mishara

Messages clés

- Le suicide se définit comme un acte qui consiste à se donner délibérément la mort. Les idées suicidaires, la planification d'un suicide, la tentative de suicide sont également des manifestations associées à cette problématique.
- En 2013, le taux ajusté de suicide était de 13,3 décès par 100 000 personnes-années, ce qui place le Québec au troisième rang des provinces ayant le taux le plus élevé. Le taux de suicide des hommes québécois est de trois fois supérieur à celui des femmes, et les personnes de 35 à 64 ans présentent le taux de suicide le plus élevé.
- Après une diminution importante au cours de la dernière décennie, le taux de suicide au Québec semble maintenant stable.
- Le suicide étant le résultat d'un cumul de facteurs de risque et de protection à un niveau individuel, relationnel, communautaire et sociétal en interaction, il n'y a pas de solution unique pour prévenir le suicide. Une stratégie de prévention doit donc s'appuyer sur une série de mesures agissant sur une variété de facteurs à la fois.
- Des personnes qui cumulent d'importants facteurs de risque (comme l'exposition à de la violence) ne sont pas nécessairement à haut risque suicidaire à cause de la présence de puissants facteurs de protection (comme le soutien social). Il est donc important de miser également sur ce type de facteurs pour prévenir le suicide.
- Une des forces du Québec est l'existence d'organismes, tant dans le réseau de la santé et des services sociaux que dans le réseau communautaire, fortement engagés dans des initiatives pour prévenir le suicide. L'un des défis est maintenant d'adapter l'offre de services en prévention du suicide aux médias numériques.

Introduction

Chaque année, il y a plus de personnes qui meurent par suicide dans le monde que de victimes de guerre, de conflits armés, d'attentats terroristes et d'homicides réunies [1]. Le suicide existe dans tous les pays du monde et n'épargne aucun groupe; il est présent à tous les âges, affecte tous les groupes ethniques, sociaux et culturels, les riches aussi bien que les pauvres. Les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale en sont cependant particulièrement touchées. Depuis les années 70, le Québec a acquis la réputation – non justifiée – d'avoir un des taux de suicide les plus hauts au monde. Il est vrai qu'il y a eu une augmentation importante des décès par suicide dans les années 70, que les taux ont été relativement stables dans les années 80, et qu'il y avait une hausse dans les années 90. Cependant, depuis 1999, soit une année après l'adoption de la Stratégie québécoise d'action face au suicide [2], le taux de suicide au Québec a diminué chaque année de 4,1 % en moyenne pour les hommes et de 2,6 % pour les femmes. On a également observé une impressionnante diminution des suicides chez les jeunes Québécois : ainsi, en 2009, le taux était à moins de la moitié par rapport à 1999.

Nous commençons ce chapitre par les définitions des comportements suicidaires. Ensuite, nous dressons un portrait de la situation au Québec, en comparaison avec le Canada et différents pays, ainsi que de son évolution dans le temps. Nous présentons un modèle écologique pour comprendre les facteurs de risque et les facteurs de protection associés au suicide, de même que le modèle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les liens entre les facteurs de risque de suicide et les interventions pertinentes [1]. Nous abordons enfin les enjeux liés au suicide à différents stades de la vie, les modèles explicatifs, les mesures de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale actuellement implantées au Québec, ainsi que les actions à privilégier dans l'avenir.

Définitions

Suicide

L'OMS définit le suicide comme un acte qui consiste à se donner délibérément la mort [1]. Depuis quelques années, à l'échelle internationale, plusieurs rapports sur le sujet ont parlé de « suicide complété » pour identifier les décès par suicide. Cette expression a remplacé celle de « suicide réussi », qui est actuellement considérée comme inappropriée puisqu'on ne veut pas qualifier un décès par suicide de réussite. Aujourd'hui, on a tendance à utiliser simplement le mot « suicide » ou les mots « mort par suicide » au lieu de « suicide complété ».

Tentative de suicide

Le terme « tentative de suicide » désigne tout comportement suicidaire non mortel et tout acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagression, avec intention de mourir ou pas [1]. Il s'agit d'une définition dont la portée est plus large que celle utilisée dans un grand nombre de recherches, qui distinguent souvent l'automutilation avec intention de mourir de celle sans cette intention. Dans les faits, les recherches en Europe ont davantage tendance à regrouper tout comportement autodestructeur sous la rubrique « *deliberate self-harm* » (c'est-à-dire des conduites automutilatrices ou blessures auto-infligées). En Amérique du Nord et dans d'autres pays, les recherches divisent généralement ces comportements en deux catégories, soit l'automutilation sans intention suicidaire et les tentatives de suicide. Dans le présent chapitre, nous adoptons l'approche nord-américaine, qui différencie les tentatives de suicide et les comportements d'automutilation sans intentions suicidaires.

Idéations suicidaires

Les idéations suicidaires réfèrent aux pensées (cognitions) ou à l'intention de s'enlever la vie. Les recherches indiquent que ce sont les idéations « sérieuses » qui sont davantage associées au risque de tentative de suicide et de suicide. Certaines recherches incluent une gamme de comportements et de pensées suicidaires sous la rubrique « comportements suicidaires », qui peuvent inclure les idéations suicidaires, la planification du suicide, la tentative de suicide et le suicide.

Comprendre les liens entre le suicide et la violence

Selon Freud (1917), les comportements suicidaires constituent une façon d'exprimer des pulsions destructrices, qui peuvent être exprimées envers autrui ou envers soi-même [3,4]. Dans cette perspective, les individus qui adoptent des comportements de violence envers autrui auraient moins tendance à être suicidaires, les personnes suicidaires exprimant leurs pulsions destructrices envers elles-mêmes. Cependant, en général, les recherches n'appuient pas nécessairement la théorie de Freud, plus particulièrement dans les pays de l'Ouest où Freud a formulé ses théories.

En effet, à partir des principales recherches qui ont analysé la corrélation entre les taux de suicide et les taux d'homicide, la force et le sens de l'association sont variables selon les études et les régions comparées. Nous pouvons conclure qu'en Europe un plus haut taux d'homicide est associé à un plus haut taux de suicide, mais cette relation n'est pas présente dans plusieurs autres parties du monde. Certaines recherches ont même démontré une relation inverse entre les taux de suicide et d'homicide dans les régions de l'Asie-Pacifique et des Amériques. Notons cependant que dans ces études, il y a toujours un risque d'erreur écologique : en effet, les corrélations entre ces données populationnelles n'indiquent pas si les individus avec comportements suicidaires sont ceux qui sont plus ou moins à risque de commettre des homicides, et vice-versa.

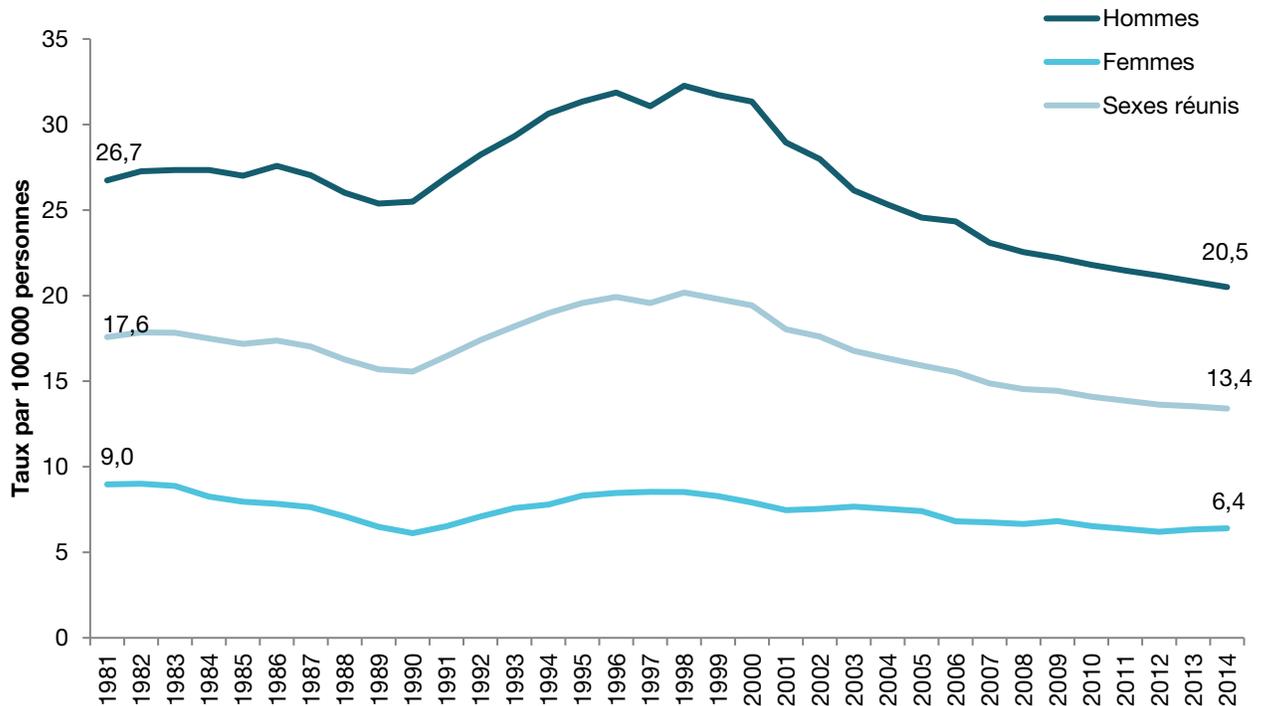
Par ailleurs, les recherches indiquent que les personnes incarcérées ont un risque suicidaire plus élevé que la population en général [5,6]. En outre, les études qui comparent les prisonniers qui font des tentatives ou qui meurent par suicide à ceux qui n'ont pas de tels comportements indiquent que les premiers ont plus de comportements associés à la violence envers autrui [7,8]. À l'opposé, le fait d'être victime de violence dans la population en général est un facteur de risque de suicide [5,9,10]. En somme, les recherches indiquent que tant les auteurs que les victimes de violence sont plus à risque suicidaire, et que le suicide est plus présent dans les milieux de vie où il y a plus de violence [11,12].

Ampleur des comportements suicidaires au Québec

Taux de suicide au Québec

Au Québec, le taux ajusté de suicide en 2013 est de 13,3 décès par 100 000 personnes-années (figure 1), ce qui place le Québec au troisième rang des provinces ayant les taux les plus élevés [13]. Ce taux se situe au-dessus de la moyenne mondiale (11,4 décès par 100 000 personnes-années) et de la moyenne observée dans les pays à revenu élevé (12,7 décès par 100 000 personnes-années) [1]. Chez les hommes seulement, le taux de 20,2 observé au Québec est supérieur au taux mondial (15,0 décès par 100 000 personnes-années) [1] et un peu au-dessus du taux observé dans les pays à revenu élevé (19,9 décès par 100 000 personnes-années) [1]. À l'opposé, le taux de suicide de 6,7 décès par 100 000 personnes-années observé chez les femmes au Québec est plus faible que celui de la moyenne mondiale (8,0 décès par 100 000 personnes-années) et légèrement plus élevé que ce qui est observé dans les pays à revenu élevé (5,7 décès par 100 000 personnes-années). Le taux de suicide des hommes au Québec est 3,4 fois plus élevé que celui des femmes, ce qui est comparable au rapport hommes-femmes des pays à revenu élevé, mais au-dessus de ce même rapport à l'échelle mondiale (1,9) [1].

Figure 1 Taux ajusté^{1,2} de mortalité par suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2014³



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

² Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans.

³ Données provisoires pour les années 2013 et 2014.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2012 et Bureau du coroner du Québec pour 2013 et 2014.

MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006.

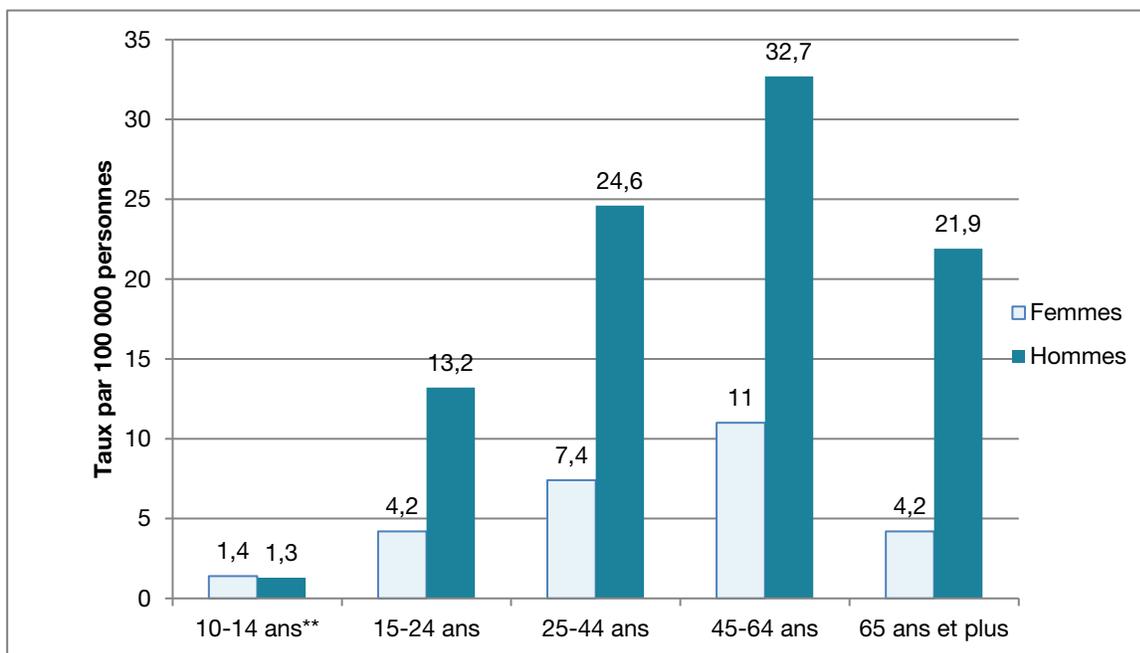
Évolution

Entre 2002 et 2012, le taux de suicide standardisé à l'échelle mondiale a diminué de 26 % (23 % chez les hommes et 32 % chez les femmes), mais avec des différences importantes entre les pays. Il est à noter qu'un tiers des pays a observé une augmentation de plus de 10 % du taux de suicide pendant ces dix années [1]. Au Canada, le taux de suicide est resté relativement stable durant ces dix ans, avec un taux standardisé des deux sexes combinés de 11,3 : 19,3 pour les hommes et 5,4 pour les femmes en 2012 [14]. Cependant, au Québec, le taux de mortalité par suicide a subi une modification de trajectoire : après des augmentations annuelles moyennes importantes au cours des années 70 et 90, ce taux a diminué chaque année de 4,1 % après 1999 et pendant les dix années suivantes pour les hommes, et de 2,6 % par année pour les femmes, avec une diminution moyenne pour les deux sexes de 3,2 % par année [13]. On a observé ces diminutions pour tous les groupes d'âge et presque toutes les régions sociosanitaires du Québec, mais de manière plus importante chez les adolescents, qui ont vu leur taux de suicide diminuer en moyenne de 9,5 % par année. Les baisses des taux de suicide au Québec ont commencé une année après l'adoption et le début de la mise en œuvre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide [2]. Malheureusement, les données provisoires les plus récentes semblent indiquer une stabilisation du taux de suicide au Québec pour la période de 2011 à 2014.

Groupes d'âge les plus touchés

Au Québec, les personnes âgées de 35 à 64 ans présentent le taux le plus élevé, alors que les jeunes (15 à 19 ans) ont le taux le plus bas (figure 2). Enfin, il y a très peu de décès par suicide chez les enfants de 14 ans et moins. Cette situation est en contraste avec celle d'avant 1999. En effet, le taux de suicide des aînés a diminué depuis 1999, mais à un rythme beaucoup plus lent que celui des adolescents, de sorte que ce sont ces derniers qui, aujourd'hui, présentent les plus bas taux de suicide (si on exclut le groupe des 14 ans et moins), et non les aînés comme ce qui était observé avant 1999. Par ailleurs, le faible taux de suicide des aînés au Québec se distingue de la situation observée au niveau mondial, puisque ailleurs dans le monde, les aînés ont souvent le taux de suicide le plus élevé parmi tous les groupes d'âge. Selon l'OMS, « les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés chez les personnes de 70 ans et plus, tous sexes confondus, dans quasiment toutes les régions du monde, à quelques exceptions près, où les taux de suicide les plus élevés enregistrés sont chez les jeunes » [1].

Figure 2 Taux de suicide selon le groupe d'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2012-2014¹



¹ Données provisoires pour les années 2013 et 2014.

** Coefficient de variation supérieur à 33 %, la valeur présentée est à titre indicatif.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 2012, et Bureau du coroner du Québec pour 2013 et 2014.

MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006.

Répartition du suicide au Québec selon les régions ou les communautés

Trois régions sociosanitaires présentent des taux de suicide significativement plus élevés que dans l'ensemble du Québec : Abitibi-Témiscamingue, Mauricie et Centre-du-Québec, ainsi que Chaudière-Appalaches. Les régions de Montréal et de la Montérégie ont actuellement un taux significativement plus faible que pour le reste du Québec. Le portrait actuel des régions ayant un taux plus haut ou plus bas que la moyenne diffère de celui des années 70 et 80, alors que le plus haut taux de suicide au Québec était à Montréal, et que les taux étaient nettement plus faibles dans les régions éloignées.

En général, au Québec, les régions avec une forte proportion d'anglophones affichent des taux de suicide moins élevés que les régions avec une forte proportion de francophones [15]. Cependant, l'origine ethnique ou linguistique des personnes décédées n'est pas indiquée dans les dossiers des coroners au Québec et ailleurs au Canada.

Plusieurs recherches ont par contre clairement démontré que les taux de suicide sont beaucoup plus élevés chez les Autochtones que dans le reste de la population. Bien qu'il y ait d'énormes variations dans l'ensemble des collectivités, des bandes et des nations, le taux de suicide global dans les collectivités de Premières Nations est deux fois plus élevé que dans la population canadienne en général; chez les Inuits, il est encore plus élevé – de 6 à 11 fois supérieur à celui de la population générale [16,17]. Au surplus, les taux de suicide chez ces populations sont généralement en augmentation. Dans les communautés inuites du Canada, les taux de suicide sont en moyenne neuf fois plus élevés que dans le reste du pays [18]. Au Nunavik, le taux de suicide était de 113,5 par 100 000 habitants par année pour la période de 2009-2013. Dans l'ensemble des régions autochtones, ce sont les jeunes âgés de 15 à 29 ans qui ont les plus hauts taux de suicide [19]. Dans les communautés inuites, chez les 15 à 29 ans, les taux sont presque 40 fois plus élevés que dans le reste du Canada [18].

Les tentatives de suicide

Selon l'OMS, il y a au moins trente tentatives de suicide pour chaque décès par suicide [1]. Il existe deux méthodes principales utilisées pour déterminer les taux de tentatives de suicide : l'autodéclaration des comportements suicidaires selon des enquêtes effectuées auprès d'un échantillon de la population, et les données provenant des établissements de la santé qui traitent les personnes ayant fait une tentative de suicide. Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* [20], 0,4 % de la population québécoise de 15 ans et plus (0,3 % des hommes et 0,5 % des femmes) rapporte avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. Cette enquête rapporte que 2,8 % de la population (2,6 % des hommes et 3,0 % des femmes) a pensé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois. Ces taux se comparent aux données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, réalisée en 2012 [14], qui rapporte que 3,9 % (3,5 % des hommes et 4,3 % des femmes) au Québec ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois. Le pourcentage de personnes ayant pensé au suicide en 2012 est comparable au taux en 2002 de 3,8 % [21].

Étant donné qu'il n'existe pas de registre national des tentatives de suicide, il est difficile de tirer des conclusions sur les tentatives de suicide à partir du nombre de personnes traitées par les services médicaux selon les données d'hospitalisation. Généralement, le type de blessure est indiqué dans les dossiers médicaux (ex. : empoisonnement, lacération), mais sans indication sur les causes de la blessure. S'il est clair que le nombre de tentatives est beaucoup plus élevé que celui des décès par suicide, plus de recherches et une meilleure standardisation de codification des données par les médecins et les établissements sont nécessaires pour déterminer avec précision les taux de tentatives de suicide au Québec et au Canada.

Facteurs de risque et facteurs de protection

Le tableau 1 présente des facteurs de risque et des facteurs de protection associés aux comportements suicidaires selon le modèle écologique. En effet, l'inverse des facteurs de risque peut constituer des facteurs de protection. Par exemple, un manque de soutien social constitue un facteur de risque important, mais le fait d'avoir un bon réseau de soutien social constitue un facteur de protection important. Ce tableau constitue une version modifiée du modèle proposé par l'OMS dans son rapport *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale* [1], présentant les principaux facteurs de risque et de protection du suicide ainsi que les interventions pertinentes. Certains facteurs de risque bien démontrés dans les études, et qui ont été couverts ailleurs dans le rapport de l'OMS ou dans d'autres recensions en prévention du suicide, ont été ajoutés à la figure originale de l'OMS.

Tableau 1 Exemples des facteurs de risque du suicide selon le modèle écologique, associés aux interventions préventives

	Facteurs de risque	Interventions pertinentes associées
Société	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attitudes et valeurs de l'acceptabilité du suicide 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisation concernant la réalité du suicide, l'aide disponible et la façon de trouver l'espoir
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès aux moyens 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restrictions de l'accès aux moyens
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Couverture médiatique et utilisation inappropriée des médias sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Couverture médiatique responsable et pratiques d'utilisation des médias sociaux appropriées
Milieu de vie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatismes, violence interpersonnelle, mauvais traitements et négligence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politiques et interventions visant à diminuer les traumatismes, la violence interpersonnelle, les mauvais traitements et la négligence
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de soutien social 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politiques et programmes qui favorisent l'intégration sociale
Individu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tentatives de suicide antérieures 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivis post-tentative
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles de santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traitement des troubles mentaux et diminution de la marginalisation des personnes avec une maladie mentale
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque d'information sur l'aide disponible et sur la façon de réagir aux idéations suicidaires d'un pair 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer sur les ressources d'aide disponible et sur la façon de réagir aux idéations suicidaires d'un pair
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usage nocif d'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politiques visant à réduire l'usage nocif d'alcool

Tous les facteurs inclus dans le tableau 1 sont appuyés par des recherches empiriques. Bien que certains de ces facteurs sont peu ou pas modifiables (ex. : sexe, catastrophes naturelles, guerres, etc.), ils peuvent avoir des implications importantes pour la prévention. Ils peuvent notamment nous aider à identifier les groupes à risque et à développer des pratiques de prévention spécifiques pour certaines populations cibles. Par exemple, au Québec, il y a 3,4 fois plus de décès par suicide chez les hommes que chez les femmes. Si l'on accepte l'explication selon laquelle la différence entre les hommes et les femmes est liée au fait que les hommes consultent moins les spécialistes en santé mentale, appellent moins souvent les centres de prévention du suicide, et n'expriment pas leurs symptômes de dépression et d'anxiété à leur médecin autant que les femmes, on peut penser modifier les comportements de recherche d'aide des hommes par des interventions visant à valoriser la demande d'aide, par exemple par des campagnes publicitaires dans le cadre d'une stratégie préventive. De même, bien qu'on peut – selon une approche de santé publique – implanter des politiques publiques pour diminuer le taux de chômage, qui est identifié comme facteur de risque dans de nombreuses recherches, on peut aussi intervenir davantage auprès des personnes plus à risque, par exemple à la suite d'une fermeture d'usine, afin de prévenir le suicide chez les personnes ayant perdu leur emploi.

Le recours aux données probantes en prévention du suicide

Pour chaque niveau de facteurs du modèle écologique, un certain nombre d'interventions spécifiques peut être dégagé. Puisque le suicide est multifactoriel, chaque intervention peut contribuer à diminuer l'incidence des comportements suicidaires et doit faire partie des stratégies nationales de prévention du suicide. Le recours à des données probantes en prévention du suicide peut comporter des défis importants. Tout d'abord, pour certains types d'intervention, il existe une quantité limitée d'évidences scientifiques, soit en raison des intérêts de recherche privilégiés en suicidologie, ou en raison d'enjeux éthiques et pratiques dans l'évaluation de certaines interventions, par exemple des méthodes de devis randomisés en double aveugle [22]. Aussi, certaines actions sont évaluées ou reconnues pour leur effet sur le suicide, et d'autres sur leurs effets sur les déterminants du suicide. La grande majorité des recherches en suicidologie sont effectuées par des psychiatres et des psychologues cliniciens, de sorte qu'elles portent souvent sur les médicaments, le traitement hospitalier et les psychothérapies. Il y a relativement peu de recherches sur l'aide téléphonique, les projets communautaires, la formation de sentinelles et d'intervenants, ainsi que sur les autres approches non médicales de prévention du suicide. Souvent, il est éthiquement inacceptable d'utiliser des devis de recherche en double aveugle pour déterminer si un type d'intervention parvient à diminuer le suicide, puisque cela nécessite de traiter seulement certaines personnes à risque suicidaire (le groupe expérimental) et de ne pas traiter les autres (le groupe témoin). Par ailleurs, il est souvent difficile de constituer un groupe de comparaison pour valider une intervention. Par exemple, si on veut déterminer que le fait d'appeler aux centres de prévention du suicide diminue le risque de faire une tentative, on ne peut pas utiliser les personnes qui n'appellent pas comme groupe de comparaison. En effet, les individus qui n'appellent pas peuvent être différents (et donc non comparables) de ceux qui appellent : ils peuvent être plus à risque parce qu'ils ne sont pas prêts à demander ou recevoir de l'aide, ou ils peuvent être moins à risque et ne pas appeler parce qu'ils sont capables de résoudre leurs problèmes par eux-mêmes.

Dans les sections suivantes, les principaux facteurs de risque et de protection seront présentés, ainsi que les interventions préventives qui y sont associées; la nature des données probantes qui soutiennent la validité de l'intervention sera mentionnée, et ce, en se basant sur les recherches menées par l'auteur [23–26], le résumé des meilleures pratiques en prévention du suicide de l'OMS [1], et une récente recension systématique des méta-analyses et recherches empiriques en prévention du suicide [27].

Les facteurs de risque et de protection au niveau sociétal et les actions préventives

Attitudes et valeurs sociétales

Les attitudes et les valeurs d'une société au regard de l'acceptabilité du suicide comme méthode pour résoudre ses problèmes ou mettre fin à une souffrance psychique sont associées aux comportements suicidaires. Quand on croit que l'aide est accessible et disponible [28], et que vouloir régler ses problèmes par le suicide est tragique, on aura tendance à chercher de l'aide plutôt qu'à adopter des comportements suicidaires [29]. Cependant, s'il y a stigmatisation des personnes qui veulent obtenir de l'aide pour des comportements suicidaires, des problèmes de santé mentale, d'abus de substances ou autres, moins de personnes chercheront et recevront l'aide dont elles ont besoin. L'OMS recommande la mise en place de programmes de sensibilisation de la population par des campagnes médiatiques portant sur l'importance d'offrir et de demander de l'aide pour les personnes suicidaires et celles qui vivent avec un trouble mental ou d'utilisation de substances, et ce, afin de réduire la stigmatisation et favoriser l'utilisation des ressources d'aide [1].

L'accès aux moyens

Avoir accès aux moyens de se suicider constitue un facteur de risque majeur de suicide. L'accès direct aux armes à feu, à un lieu en hauteur, à une voie ferrée, à un poison, à des médicaments, ainsi qu'à d'autres méthodes létales augmente significativement le risque de suicide [27]. Les préférences en matière de moyens pour se suicider dépendent des contextes culturels [30,31] et peuvent changer dans le temps [32,33]. Par exemple, les États-Unis sont le seul pays au monde où les armes à feu constituent le moyen le plus utilisé pour se suicider [34,35]. L'immolation est un moyen fréquemment utilisé en Asie, mais rarement employé au Canada. Par contre, au Canada, l'utilisation de la pendaison est en hausse depuis plusieurs années. Les recherches démontrent clairement que les interventions visant à réduire l'accès aux moyens utilisés pour se suicider diminuent les décès par suicide [27,36,37]. Zalsman et ses collaborateurs concluent que des recherches convaincantes de haute qualité indiquent particulièrement que les restrictions de la quantité d'analgésiques disponibles en vente libre réduisent les suicides de 43 %, et que le contrôle d'accès aux lieux élevés d'où les personnes peuvent sauter, ainsi que le contrôle de l'accès aux armes à feu sont également des interventions qui bénéficient d'un bon appui empirique démontrant leur efficacité [27].

L'usage nocif d'alcool

Dans le monde, entre 10 % et 70 % des personnes qui sont décédées par suicide avaient consommé de l'alcool avant leur mort. Par ailleurs, une récente méta-analyse révèle que les personnes qui ont fait une tentative de suicide ont près de sept fois plus de chance d'avoir consommé de l'alcool comparativement à une population contrôle [38]. Au Québec, la moitié des personnes qui meurent par suicide ont consommé de l'alcool [39,40]. Les études tendent à démontrer que le taux de suicide dans un pays est associé au niveau de consommation d'alcool. Ainsi, certains pays qui ont réussi à diminuer la consommation nocive d'alcool ont connu une diminution des taux de suicide [41,42]. Par exemple, dans les années 1985 à 1990 en Union soviétique (URSS), quand Mikhaïl Gorbatchev a fait significativement diminuer la vente de boissons alcoolisées, le taux de décès par suicide a chuté de façon significative [43]. Or, à peine quelques années plus tard, quand il a éliminé les restrictions sur la vente d'alcool et a fait diminuer les prix à cause de pressions politiques, le taux de consommation d'alcool est remonté, tout comme le taux de suicide.

La couverture médiatique et l'utilisation inappropriée des médias sociaux

Un grand nombre de recherches indiquent que la couverture médiatique sensationnaliste des suicides provoque une hausse immédiate des décès et tentatives de suicide chez les personnes vulnérables. L'OMS, l'Association canadienne pour la prévention du suicide et l'Association québécoise de prévention du suicide ont produit des guides qui décrivent les bonnes pratiques en matière de couverture médiatique du suicide [1,44,45]. Il existe maints exemples d'augmentation ou de « vagues » de suicides qui ont suivi une médiatisation inadéquate – par les médias traditionnels ou les médias sociaux – de décès par suicide d'un ou de plusieurs individus [46–48]. À l'inverse, les bonnes pratiques médiatiques peuvent diminuer les conduites suicidaires [49,50].

Aujourd'hui, la communication par Internet et les médias sociaux est devenue un moyen privilégié de communication sur le suicide. On utilise de plus en plus ces nouvelles technologies pour trouver de l'aide, mais aussi afin de se renseigner sur les méthodes pour se suicider [51]. Il existe peu de moyens de contrôle sur ce qui est affiché sur Internet, et la qualité de l'aide disponible est très inégale. L'Australie est le seul pays qui a adopté une loi interdisant la promotion du suicide sur Internet et les sites qui fournissent des renseignements sur les méthodes pour se suicider [52]. Actuellement, il y a une croissance exponentielle des services d'aide offerts par les nouvelles technologies, incluant les services d'aide par clavardage (*chat*), par messages textes et par courriel, dans les forums de discussion, etc. Il existe aussi des applications disponibles en ligne pour faire un autodiagnostic du risque suicidaire, et pour diminuer les préoccupations suicidaires. Quelques recherches tendent à démontrer l'utilité de ces nouvelles technologies en prévention du suicide [53–56]. Un réseau pancanadien de services d'aide pour personnes suicidaires – par clavardage et messages textes – sera établi avec la participation des centres de prévention du suicide du Québec, grâce au financement de ce projet pilote par Santé Canada.

Facteurs de risque et de protection liés au milieu de vie

Les expériences traumatiques, la violence interpersonnelle et les abus

Les expériences traumatiques, de même qu'un passé d'abus ou de violence interpersonnelle augmentent le risque suicidaire [25]. Leur impact sur le risque suicidaire est plus important chez les personnes déjà vulnérables : les personnes ayant déjà eu des comportements suicidaires, celles qui ont un trouble de santé mentale ou un problème de consommation de drogues ou d'alcool, ainsi que celles présentant d'autres facteurs de risque et peu de facteurs de protection. Les expériences traumatiques associées au risque suicidaire incluent les problèmes juridiques ou disciplinaires, les difficultés financières, les problèmes reliés aux études et au travail, le harcèlement, la violence, les agressions sexuelles ou psychologiques, le divorce des parents, de même que le placement en institution ou des signalements aux services de protection de la jeunesse. Les grands traumatismes de l'enfance sont aussi associés au risque de suicide, par exemple la perte de la mère à un jeune âge et le fait d'avoir été victime de négligence [57,58]. Les politiques gouvernementales visant à diminuer ce type de problèmes peuvent contribuer à diminuer les comportements suicidaires.

Le soutien social

Le soutien social est l'un des plus puissants facteurs de protection contre le suicide. L'Enquête Santé Québec a révélé que les personnes qui ont dit avoir un confident, soit une personne avec laquelle elles peuvent parler de leurs problèmes, avaient moins d'idées suicidaires par rapport aux personnes qui affirmaient ne pas avoir de confident [59]. Les personnes isolées sont plus à risque suicidaire et le fait de vivre en famille ou en relation de couple protège contre le suicide [26]. Les recherches portant sur ce facteur de protection indiquent que le soutien à l'intégration sociale peut avoir un puissant impact en prévention du suicide, particulièrement pour des personnes vulnérables, par exemple celles vivant avec un trouble mental, qui risquent d'être marginalisées socialement [1].

Cependant, si les relations familiales sont très stressantes ou conflictuelles, le risque suicidaire peut augmenter. Par exemple, lorsqu'il y a de la violence conjugale, le risque de tentatives de suicide augmente [60,61]. Ce facteur est non négligeable si on considère qu'à l'échelle mondiale, 35 % des femmes ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire, ou encore de violences sexuelles par d'autres personnes que leur partenaire [62].

Les facteurs de risque et de protection individuels et les actions préventives

Tentatives de suicide antérieures

Il existe un grand nombre de facteurs de risque et de protection individuels qui augmentent la probabilité qu'une personne développe des comportements suicidaires. D'abord, les personnes qui ont déjà fait une tentative de suicide sont à risque élevé de faire une nouvelle tentative de suicide dans l'avenir [63,64]. Cela s'explique par le fait que très souvent, les circonstances, les autres facteurs de risque et le manque de facteurs de protection qui caractérisent la période de la première tentative demeurent présents par la suite. Une deuxième explication est que tous n'ont pas la capacité de se tuer, et ce, malgré leur désir de le faire. Le fait que quelqu'un a commis une tentative est une indication que l'individu est capable de poser un geste pour se suicider [26]. Les recherches indiquent que les suivis post-tentatives – comme l'envoi de cartes postales, l'envoi régulier de brefs messages textes personnalisés, les initiatives de rencontre proactives des individus après qu'ils aient quitté l'hôpital, et les projets qui assurent une meilleure intégration des services pour l'individu dans la communauté – peuvent diminuer les taux de récurrence. Actuellement, au Québec, des projets pilotes utilisent un logiciel sur téléphone multifonction pour faire un suivi automatisé des personnes après une tentative de suicide [65].

Troubles mentaux et consommation d'alcool et de drogues

Dans les pays à revenu élevé, les recherches indiquent que jusqu'à 90 % des personnes qui se suicident peuvent être diagnostiquées comme ayant eu un trouble mental, incluant le trouble lié à l'abus de substances [66]. Cependant, ce chiffre semble plus faible dans certains pays d'Asie, où les recherches rapportent qu'autour de 60 % des personnes qui meurent par suicide ont un trouble mental [67]. Le plus souvent, il s'agit d'une dépression clinique, mais tous les troubles mentaux sont associés à un risque plus élevé de suicide. Même s'il y a une corrélation entre trouble mental et suicide, cela ne signifie pas que c'est le trouble mental qui « cause » les comportements suicidaires [68]. Ces personnes ont aussi de nombreux autres facteurs de risque individuels et sociaux de suicide qui sont associés au fait de vivre avec un trouble de santé mentale dans nos sociétés contemporaines. Par exemple, les personnes ayant un trouble mental sont plus susceptibles de cumuler des facteurs de risque, tels que le chômage, le manque de soutien social, le divorce ou la séparation, le fait de vivre seules, d'avoir un faible revenu et d'être marginalisées, ainsi que d'autres facteurs de risque mentionnés dans ce chapitre.

Le traitement efficace des troubles mentaux et des troubles liés à la consommation de substances peuvent diminuer le risque suicidaire. D'après l'analyse de Zalsman et ses collaborateurs, le traitement de la dépression par la psychothérapie et la pharmacothérapie est important. Mais, selon eux, les seuls médicaments avec preuves « démontrées » pour prévenir les suicides sont le lithium et la clozapine [27].

Information sur l'aide disponible et la façon de réagir aux idéations suicidaires d'un pair

Dans une méta-analyse, Zalsman et ses collaborateurs ont conclu que les recherches contrôlées randomisées indiquent que des programmes scolaires qui visent à informer les jeunes sur le suicide, à modifier leurs attitudes, à les informer sur la façon de réagir aux idéations suicidaires d'un pair et sur les ressources d'aide diminuent l'incidence de tentatives de suicide et les idéations suicidaires sérieuses [27]. L'OMS recommande pour sa part l'inclusion de programmes scolaires pour adolescents et jeunes adultes dans les stratégies nationales de prévention du suicide et la majorité de pays avec un programme national en prévention du suicide ont des programmes scolaires spécifiques en prévention du suicide.

Facteurs qui aident à identifier les personnes vulnérables à cibler

Plusieurs facteurs de risque associés au suicide nous permettent d'identifier les populations plus vulnérables pour lesquelles des programmes préventifs peuvent être élaborés. Premièrement, les pertes sont souvent des événements déclencheurs d'une crise suicidaire chez les personnes vulnérables. Une perte d'emploi [69], des problèmes financiers [70,71], des pertes d'habiletés physiques et les deuils suite à un décès sont tous liés à un risque élevé de suicide. Deuxièmement, les personnes dont un membre de la famille s'est suicidé sont plus à risque d'avoir des idéations suicidaires, de faire des tentatives et de mourir par suicide [72]. Une personne qui subit le décès par suicide d'un proche a plus de risque d'imiter ce geste dans une situation difficile. Troisièmement, même s'il n'existe aucun facteur génétique ou biologique directement associé au suicide, des recherches en génétique et en biologie indiquent qu'il y a des liens avec certains facteurs de vulnérabilité qui peuvent augmenter le risque suicidaire, tels que les troubles de l'humeur, la schizophrénie, les troubles de la personnalité et l'impulsivité. Ces recherches suggèrent une approche épigénétique, selon laquelle les facteurs de risque biologiques et génétiques augmentent le risque suicidaire seulement si l'individu a été exposé à des événements traumatiques, tels que les mauvais traitements et la négligence, habituellement à un jeune âge [73,74].

Malgré les facteurs énumérés ci-dessus, il est important de noter que puisque l'incidence du suicide reste très petite dans la population des personnes plus à risque, des questions éthiques importantes demeurent sur la valeur de l'utilisation de ces recherches pour identifier des personnes à risque. Si peu de personnes ainsi identifiées vont éventuellement avoir les comportements suicidaires, il y a le risque de cibler et de stigmatiser inutilement un grand nombre de personnes, ou même de déclencher des idéations suicidaires par des communications concernant leur risque suicidaire potentiel [22].

Les défis en prévention du suicide dans les communautés autochtones

En général, les taux de suicide dans les communautés autochtones sont beaucoup plus élevés que dans le reste du Canada, notamment chez les jeunes qui représentent le groupe d'âge le plus à risque [18,75]. Le suicide est associé à un grand nombre de facteurs de risque présents dans les communautés autochtones; ceux-ci incluent les traumatismes historiques associés au colonialisme, les écoles résidentielles et les relocalisations, la détresse associée aux logements surpeuplés, l'impact des nombreux suicides sur la population, les problèmes de mauvais traitements et de négligence dans l'enfance, les troubles mentaux, l'isolement et le manque d'espoir [18]. Inversement, ces communautés ont aussi de nombreuses forces potentielles qui peuvent devenir de puissants facteurs de protection : la continuité culturelle, la force du soutien familial et de la communauté, le potentiel d'activités pour développer davantage l'intégration sociale, et les bonnes stratégies d'adaptation pour faire face aux difficultés et événements stressants [76]. Les stratégies qui visent l'augmentation des facteurs de protection spécifiques aux Autochtones en combinaison avec des actions visant à diminuer les facteurs de risque, telles que décrites dans la *Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits*, semblent prometteuses en milieu autochtone [18].

Comprendre le suicide et les facteurs de risque

Le suicide est un événement relativement rare. Tous les facteurs de risque et de protection énumérés précédemment sont observés dans un pourcentage important de la population. Même les facteurs de risque qui multiplient par dix le risque de suicide, comme un diagnostic de dépression clinique, expliquent seulement un faible pourcentage de la variance des suicides. Ainsi, seul un petit pourcentage des personnes ayant une dépression clinique vont se suicider. Par conséquent, les chercheurs en suicidologie concluent que pour déterminer le risque suicidaire, il faut évaluer un grand nombre de facteurs de risque et de protection [1]. Des personnes qui cumulent d'importants facteurs de risque peuvent être à faible risque suicidaire, à cause de la présence de puissants facteurs de protection. Cela fait en sorte que la prédiction des comportements suicidaires est quasi impossible au niveau individuel.

Malgré cette mise en garde, il faut reconnaître que des indicateurs de dangerosité sont souvent présents dans le cas d'une personne qui risque de faire une tentative de suicide dans les prochains jours ou les prochaines semaines, et ce risque peut être évalué. On peut identifier des personnes à risque d'un passage à l'acte quand ces personnes indiquent qu'elles ont planifié leur suicide, qu'elles ont l'intention de se suicider et qu'elles disposent d'un moyen accessible. Le danger augmente encore lorsqu'il y a une combinaison de facteurs qui peuvent compromettre l'habileté de ces personnes à prendre des décisions réfléchies, tels que l'impulsivité, la consommation de drogues et d'alcool, la présence d'un trouble de santé mentale, un grand désespoir, ainsi qu'un manque de connaissances et d'utilisation des ressources et du soutien disponible. Certaines initiatives en prévention du suicide sont développées pour agir sur ces facteurs et éviter le passage à l'acte.

Initiatives québécoises prometteuses

Entre 1999 et 2011, la diminution annuelle du taux de suicide au Québec a été tellement impressionnante, en comparaison avec les changements des taux ailleurs dans le monde, qu'on peut présumer que certaines actions préventives mises en œuvre ont causé cette réduction du suicide. En effet, les diminutions annuelles des taux de suicide ont eu lieu dans une période de développement rapide de diverses actions au Québec en ce qui a trait à la prévention du suicide : une offre de services par les centres de prévention du suicide; une présence accrue des messages sur l'aide disponible diffusés lors de la Journée mondiale et de la Semaine nationale de prévention du suicide par l'Association québécoise de prévention du suicide et d'autres organismes; une amélioration dans l'organisation des soins et services pour les troubles mentaux; l'établissement d'un numéro de téléphone sans frais pour l'aide aux personnes suicidaires; le développement d'un guide de bonnes pratiques en prévention du suicide; la formation d'intervenants; ainsi que plusieurs initiatives locales inspirées de la Stratégie québécoise d'action face au suicide de 1998. Diverses actions ont contribué à diminuer les suicides, et possiblement à modifier la « norme » au Québec où le suicide était perçu comme un moyen d'arrêter la souffrance, plutôt que comme un choix inacceptable compte tenu de l'aide disponible. Cependant, le taux de suicide étant influencé par tellement de facteurs de risque et de protection, et considérant les nombreux changements survenus au Québec (implantation de programmes, politiques, changements sociaux et interventions), il est impossible d'identifier précisément ce qui a entraîné les diminutions du suicide au Québec. Depuis la mise en œuvre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide en 1998, de nombreux intervenants ont été formés pour intervenir auprès d'une personne suicidaire et, en 2010, on a produit et disséminé le *Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* [77] dans toutes les régions, et plus de 30 000 intervenants ont reçu des formations développées par l'Association québécoise de prévention du suicide.

Une des forces au Québec est l'existence de centres de prévention du suicide dans toutes les régions qui, en plus d'offrir des services d'aide téléphonique aux personnes suicidaires et à leur entourage, offrent de la formation de sentinelles et d'intervenants de leur région, et agissent au niveau régional comme catalyseurs des initiatives en prévention du suicide. Un grand nombre de programmes créatifs locaux ont inspiré des actions dans d'autres régions du Québec. Par exemple, le protocole MARCO [78], qui établissait des ententes de collaboration entre les hôpitaux, les centres de prévention du suicide et les autres organismes

communautaires dans le but d'offrir un suivi concerté des personnes après une hospitalisation pour une tentative de suicide, a inspiré des programmes de suivi étroit dans plusieurs régions du Québec.

De nouveaux défis pour la prévention du suicide au Québec

À l'heure actuelle, un défi important en prévention du suicide au Québec est d'adapter l'offre de services à l'ère numérique. Aujourd'hui, l'information et l'aide sont recherchées sur Internet, notamment avec les téléphones cellulaires multifonctions, et une réponse immédiate aux questions est attendue. Les services doivent rapidement s'adapter à cette réalité. Par ailleurs, la télémédecine pour les soins en santé mentale est peu développée au Québec. Les centres de prévention du suicide continuent à mettre l'accent sur les services téléphoniques, alors que les outils informatisés pour aider les personnes suicidaires demeurent peu disponibles. En l'absence d'orientation quant à l'utilisation d'outils Web dans les services en prévention du suicide au Québec, les personnes suicidaires trouvent souvent d'autres sources d'information et d'aide qui ne sont pas adaptées à la réalité des services disponibles dans les communautés québécoises. Sans compter que, trop souvent, au lieu de trouver de l'aide, les personnes vulnérables obtiennent de l'information peu fiable ou tombent sur des sites qui encouragent le suicide. La technologie et les comportements d'utilisation des nouvelles technologies changent très rapidement, de sorte qu'il est aujourd'hui nécessaire non seulement de modifier nos pratiques d'aide actuelles, mais aussi de continuer à adapter les services aux changements et aux préférences de la population.

Depuis quatre décennies, il s'est développé une grande expertise en prévention du suicide au Québec. Des formations accréditées pour intervenants et sentinelles, un réseau de Centres de prévention du suicide couvrant toutes les régions, des recherches reconnues à l'échelle internationale en suicidologie, qui incluent des évaluations scientifiques des meilleures pratiques en prévention et intervention, des recherches pour comprendre le rôle de la génétique, la biologie et les aspects psychosociaux du suicide, ont contribué au développement de cette expertise. Plusieurs chercheurs étudient l'utilisation des nouvelles technologies en prévention du suicide. Le Québec exporte ses connaissances en recherche et en pratiques de prévention du suicide dans de nombreux pays.

Dans le contexte où on observe que la diminution des taux de suicide au Québec a ralenti, les intervenants, les planificateurs et les chercheurs concernés par la prévention du suicide font face au défi d'élaborer des actions novatrices qui vont contribuer à susciter de nouveau des réductions annuelles importantes des taux de suicide. De plus, les différentes organisations et les individus qui œuvrent en prévention du suicide doivent s'adapter à la réalité de l'expansion rapide de l'utilisation des nouvelles technologies pour offrir de l'aide.

La diminution du taux de suicide observée au Québec pourrait laisser croire que le problème n'est plus important. Or, il ne faut pas perdre de vue que cette diminution est le fruit d'efforts concertés déployés par de nombreuses organisations. C'est pourquoi les experts en prévention du suicide préconisent que pour ne pas perdre les acquis et continuer à faire des progrès, il est important de maintenir et même d'intensifier les investissements dans le domaine de la prévention du suicide.

Encadré 1 – Exemples d'initiatives québécoises

Programme de prévention du suicide du Service de police de la Ville de Montréal qui a sauvé des vies [79]

En 1997, le Service de police de la Ville de Montréal a mis sur pied un programme pour prévenir les suicides des membres du service de la police. Le programme original comprenait une demi-journée de formation sur le suicide pour tous les policiers, une formation d'une journée pour les superviseurs et les représentants syndicaux, la mise sur pied d'un service d'aide téléphonique fourni pour les policiers et les policières bénévoles, et une campagne publicitaire de sensibilisation et de promotion de la prévention du suicide. Le programme a été créé par un comité paritaire des représentants syndicaux et des gestionnaires du Service de police, avec le soutien des psychologues qui travaillent pour le Service de police, ainsi que plusieurs consultants. Tous les 4 178 membres du Service de police ont participé au programme. La campagne de promotion et les activités de formation avaient comme objectif de promouvoir l'utilisation des ressources existantes et l'importance de la solidarité en matière de prévention du suicide. Les programmes ont été adaptés à la culture propre et à l'environnement de travail. Pendant les 11 années avant le début du programme, de 1986 à 1996, le taux de suicide des policiers de Montréal était légèrement plus élevé que celui des autres policiers de la province, soit 30,5 par 100 000 par année à Montréal, contre 26,0 par 100 000 pour les autres. Pendant les 12 années qui ont suivi la mise en œuvre du programme à Montréal, de 1997 à 2008, le taux de suicide des policiers à Montréal a diminué de 78,9 % pour atteindre 6,42 par 100 000 par année. Pendant la même période, les autres policiers au Québec qui n'ont pas bénéficié de ce programme ont vu leur taux de suicide augmenter de 11,4 % pour atteindre 29,0 pour 100 000; les différences entre les changements de taux à Montréal et les autres policiers de la province sont significatives ($p < 0,007$) [79]. Depuis 2009, le Service de police de la Ville de Montréal a continué à améliorer le programme et à assurer son implantation pour l'ensemble des membres du service. Ce programme a été cité par l'Organisation mondiale de la santé comme l'un des meilleurs exemples d'un programme efficace de prévention du suicide en milieu de travail [1]. Ce programme a également servi comme modèle pour d'autres programmes à la Gendarmerie royale du Canada et pour d'autres services de police au Canada et ailleurs dans le monde.

Suivi avec un logiciel personnalisé de téléphone intelligent des personnes ayant fait une tentative de suicide [65,80]

Les recherches indiquent que les personnes qui ont fait une tentative de suicide constituent l'un des groupes les plus à risque de faire une autre tentative et de mourir par suicide [1]. De nombreuses recherches rapportent qu'un suivi après que la personne quitte l'hôpital – même des suivis simples par cartes postales, messages textes ou brefs appels téléphoniques – peut diminuer l'incidence de récurrence. Au Québec, Labelle, Bibaud-De Serre et Leblanc ont développé une méthode novatrice d'aide aux personnes souffrant de dépression et qui ont fait une tentative de suicide, par la mise sur pied d'une application pour iPhone nommée @Psy Assistance, ayant trois objectifs : 1) informer la personne des ressources disponibles; 2) augmenter l'appropriation du pouvoir (*empowerment*) par l'autogestion des problèmes avec un moniteur de ses propres émotions, des suggestions d'activités, la restructuration cognitive et la résolution de problèmes; et 3) assurer la sécurité de la personne par plusieurs moyens : information sur les signes de danger, les stratégies d'adaptation et le soutien personnel et professionnel disponible faisant partie d'un plan de protection, possibilité de géolocalisation dans une situation d'urgence, et appels automatisés envoyés aux personnes en mesure d'apporter de l'aide en situation de crise [65]. Actuellement, cette application mobile est utilisée par les personnes déprimées qui quittent l'hôpital après une tentative de suicide. Une évaluation scientifique des effets est en cours.

Collaborations pour assurer le suivi étroit des personnes à risque suicidaire (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent) [81]

Le rapport du comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale recommande le développement d'un suivi étroit intégré dans les communautés pour les personnes qui sont et qui ont été en danger grave de passage à l'acte suicidaire [82]. Le suivi étroit, selon le guide des bonnes pratiques en prévention du suicide [77], est une mesure qui vise à s'assurer qu'une personne qui quitte une organisation ayant effectué la gestion de sa crise suicidaire doit avoir accès à un suivi rapide et intensif. Plusieurs régions du Québec ont implanté des services de suivi étroit pour la clientèle à potentiel suicidaire élevé.

Par exemple, la région du Bas-Saint-Laurent a développé un modèle régional de suivi étroit qui a été évalué en 2008 [81]. Ce projet a inclus une formation des médecins susceptibles de référer aux services de suivi étroit intégré, les ententes entre différents organismes de la région en santé mentale et en prévention du suicide, et la formation des intervenants pour effectuer le suivi. Cela a impliqué le développement de nombreux protocoles cliniques et ententes entre les services de la région. L'évaluation a démontré un consensus parmi les gestionnaires et les intervenants désignés quant à la compréhension du suivi étroit, ainsi qu'à la pertinence et l'efficacité de ce suivi. Le premier contact est effectué dans un délai prévu de 72 heures entre le moment où la personne donne son accord pour le suivi et la prise de contact pour prendre rendez-vous avec l'intervenant. Ce programme a assuré que les références aux différents services, incluant les centres de prévention du suicide et autres organismes communautaires, sont toujours acceptées et priorisées. Les médecins et les intervenants se disent satisfaits du suivi étroit, et ce programme semble bien répondre aux besoins de la population. Les services de suivi étroit sont basés sur les meilleures pratiques recommandées par l'Organisation mondiale de la santé [1] et, avec l'implantation de tels services de suivi étroit dans différentes régions du Québec, le potentiel est grand de diminuer la récurrence, les tentatives de suicide et les décès par suicide des personnes vulnérables.

En amont de la prévention du suicide : un nouveau programme québécois pour apprendre aux enfants à l'école primaire des stratégies d'adaptation (Passeport : S'équiper pour la vie)

www.passeportsequiperpouurlavie.ca/language/fr/accueil

Le suicide est souvent considéré comme une stratégie d'adaptation utilisée par une personne qui souffre énormément, et qui ne conçoit pas d'autres stratégies d'adaptation permettant de diminuer sa souffrance et d'améliorer sa situation. Des recherches indiquent que les personnes qui font des tentatives de suicide ont un moins grand répertoire de stratégies d'adaptation pour faire face aux problèmes de leur vie, et ont souvent tendance à utiliser des stratégies peu efficaces [83]. Cette observation suggère que si on était en mesure d'augmenter le répertoire de stratégies d'adaptation efficaces des individus, ces derniers seraient moins à risque de recourir aux comportements suicidaires lors de situation de crise et pour diminuer leur souffrance. « Passeport : S'équiper pour la vie » est un nouveau programme développé au Québec grâce à une subvention de l'Agence de la santé publique du Canada, qui vise à aider les enfants de 9 à 11 ans à augmenter leur répertoire de stratégies d'adaptation efficaces. Ce programme, animé par les enseignants à l'école, comprend diverses activités et jeux amusants dans lesquels les enfants apprennent à identifier et à communiquer leurs émotions, à trouver de nouvelles stratégies d'adaptation qu'ils peuvent utiliser dans différentes situations, ainsi qu'à évaluer eux-mêmes l'efficacité de ces stratégies pour les aider à se sentir mieux et améliorer les situations problématiques. Les recherches indiquent qu'en comparaison avec un groupe témoin, les enfants qui participent à ce programme utilisent davantage de stratégies d'adaptation, ont une plus grande intelligence émotionnelle, et adoptent plus de comportements favorisant la réussite scolaire. En plus de ces bénéfices à court terme, il est possible de croire que lorsque ces enfants deviendront adolescents, puis adultes, ils continueront à avoir un plus grand répertoire de stratégies d'adaptation efficaces, et seront par conséquent moins à risque d'avoir recours aux comportements suicidaires lorsqu'ils seront aux prises avec des difficultés. Ce type de programme est en cohérence avec les efforts déployés au Québec pour offrir une approche globale de la santé en contexte scolaire.

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2014. Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/
- [2] Ministère de la Santé et des Services sociaux. Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie. [En ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998. Disponible sur : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_237.pdf
- [3] Freud S. Deuil et mélancolie. Paris : Éditions Payot & Rivages, 2011.
- [4] Menninger K. (éd.). Man Against Himself. New York : Harcourt, Brace and World, 1938.
- [5] Kiriakidis S. P. « Bullying and suicide attempts among adolescents kept in custody ». Crisis [En ligne]. 2008. Vol. 29, n°4, p. 216–218. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1027/0227-5910.29.4.216>
- [6] Wobeser W. L. et collab. « Causes of death among people in custody in Ontario, 1990-1999 ». Cmaj. 2002. Vol. 167, n°10, p. 1109–1113.
- [7] Roy A. et collab. « Comparisons of prisoners who make or do not make suicide attempts and further who make one or multiple attempts ». Arch Suicide Res [En ligne]. 2014. Vol. 18, n°1, p. 28–38. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1080/13811118.2013.801816>
- [8] Sarchiapone M. et collab. « Risk factors for attempting suicide in prisoners ». Suicide Life. Threat. Behav. 2009. Vol. 39, n°3, p. 343–350.
- [9] Encrenaz G. et collab. « Inmate-to-inmate violence as a marker of suicide attempt risk during imprisonment ». J Forensic Leg Med [En ligne]. 2014. Vol. 22, p. 20–25. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.jflm.2013.11.009>
- [10] Roe-Sepowitz D. « Characteristics and predictors of self-mutilation: a study of incarcerated women ». Crim Behav Ment Health [En ligne]. 2007. Vol. 17, n°5, p. 312–321. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1002/cbm.665>
- [11] Dufort M., Stenbacka M., Gumpert C. H. « Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden ». Eur J Public Health [En ligne]. 2015. Vol. 25, n°3, p. 413–418. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1093/eurpub/cku198>
- [12] Hoertel N. et collab. « Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: a nationally representative study ». J Clin Psychiatry [En ligne]. 2015. Vol. 76, n°7, p. 916–923. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.4088/JCP.14m09420>
- [13] Thibodeau L., Perron P.-A. La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2014 – Mise à jour. [En ligne]. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2017. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2216_mortalite_suicide_2017_0.pdf
- [14] Statistique Canada. « Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge ». In : Stat. Can. [En ligne]. 2015. Disponible sur : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/02/cst01/hlth66d-fra.htm>
- [15] Burrows S. et collab. « Suicide mortality gap between Francophones and Anglophones of Quebec, Canada ». Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. [En ligne]. Juillet 2013. Vol. 48, n°7, p. 1125–1132. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0637-z>
- [16] Allard Y. E., Wilkins R., Berthelot J.-M. Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Ottawa : Statistique Canada, 2004. (Rapports sur la santé vol. 15 no 1).
- [17] Kirmayer L. J. et collab. Suicide Among Aboriginal People in Canada. [En ligne]. Ottawa, Ontario, Canada : Aboriginal Healing Foundation, 2007. Disponible sur : <http://www.gitpa.org/Autochtone%20GITPA%20300/gitpa%20300-19-rapportAHF.pdfEn>
- [18] Inuit Tapiriit Kanatami. National Inuit suicide prevention strategy. Canada : Inuit Tapiriit Kanatami, 2016.
- [19] Oliver L. N., Peters P. A., Kohen D. E. Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. Ottawa : Statistique Canada, 2012. (Health Reports vol. 23 no 3).
- [20] Camirand H., Traoré H. I., Bauline J. L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015: pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2016.
- [21] Institut de la statistique du Québec. Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Québec : Institut de la statistique du Québec, 2010.
- [22] Mishara B. L., Weisstub D. N. « Ethical and legal issues in suicide research ». Int. J. Law Psychiatry. 2005. Vol. 28, n°1, p. 23–41.
- [23] Mishara B. L. « Suicide in Adulthood ». In : P.Gullotta T, Bloom M (éd.). Encycl. Prim. Prev. Health Promot. New York, NY : Kluwer Academic /Plenum Publications, 2014. p. 1848–1862.
- [24] Mishara B. L. « Suicide in Older Adults ». In : P.Gullotta T, Bloom M (éd.). Encycl. Prim. Prev. Health Promot. New York, NY : Kluwer Academic /Plenum Publications, 2014. p. 2114–2126.
- [25] Mishara B. L., Cardinal C. « Suicide/Self-Harm ». In : Pike I et collab. (éd.). Inj. Prev. Resour. Evid.-Inf. Guide Inj. Prev. Can. Toronto, Ontario : Parachute, 2015. p. 409–421.
- [26] Mishara B. L., Tousignant M. Comprendre le suicide. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2004. (Paramètres).
- [27] Zalsman G. et collab. « Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review ». Lancet Psychiatry. 2016. Vol. 3, n°7, p. 646–659.

- [28] Hom M. A., Stanley I. H., Joiner T. E. « Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature ». *Clin. Psychol. Rev.* [En ligne]. août 2015. Vol. 40, p. 28-39. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.006>
- [29] Reynders A. et collab. « Help-seeking, stigma and attitudes of people with and without a suicidal past. A comparison between a low and a high suicide rate country ». *J. Affect. Disord.* [En ligne]. 1 juin 2015. Vol. 178, p. 5-11. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.013>
- [30] Liu R. T. et collab. « Sociodemographic predictors of suicide means in a population-based surveillance system: Findings from the National Violent Death Reporting System ». *J. Affect. Disord.* [En ligne]. 1 novembre 2013. Vol. 151, n°2, p. 449-454. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.023>
- [31] Stack S., Wasserman I. « Race and method of suicide: culture and opportunity ». *Arch. Suicide Res. Off. J. Int. Acad. Suicide Res.* [En ligne]. 2005. Vol. 9, n°1, p. 57-68. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/13811110590512949>
- [32] Sohn K. « The trend in suicide methods in South Korea in 1997–2015 ». *Death Stud.* [En ligne]. 28 mai 2017. Vol. 41, n°5, p. 303-310. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1271837>
- [33] Yoshioka E., Saijo Y., Kawachi I. « An analysis of secular trends in method-specific suicides in Japan, 1950–1975 ». *Popul. Health Metr.* [En ligne]. 2017. Vol. 15,. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12963-017-0131-7> (consulté le 20 décembre 2017)
- [34] Curtin S. C., Warner M., Hedegaard H. « Increase in suicide in the United States, 1999-2014 ». *NCHS Data Brief.* Avril 2016. n°241, p. 1-8.
- [35] Hassamal S. et collab. « A Brief Analysis of Suicide Methods and Trends in Virginia from 2003 to 2012 ». *BioMed Res. Int.* [En ligne]. 2015. Disponible sur : <https://doi.org/10.1155/2015/104036> (consulté le 20 décembre 2017)
- [36] Du Roscoät E., Beck F. « Efficient interventions on suicide prevention: a literature review ». *Rev. Dépidémiologie Santé Publique* [En ligne]. Août 2013. Vol. 61, n°4, p. 363-374. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/i.respe.2013.01.099>
- [37] Gunnell D. et collab. « Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence ». *Lancet Glob. Health* [En ligne]. octobre 2017. Vol. 5, n°10, p. e1026-e1037. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30299-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30299-1)
- [38] Borges G. et collab. « A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt ». *Psychol. Med.* [En ligne]. Avril 2017. Vol. 47, n°5, p. 949-957. Disponible sur : <https://doi.org/10.1017/S0033291716002841>
- [39] Desjardins S. Les coûts de l'abus des substances au Québec. Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1996.
- [40] Zouk H. et collab. « Characterization of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavioral and psychosocial dimensions ». *J. Affect. Disord.* 2006. Vol. 92, n°2-3, p. 195–204.
- [41] Pridemore W. A., Chamlin M. B., Andreev E. « Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time series analysis ». *Am. J. Public Health* [En ligne]. Novembre 2013. Vol. 103, n°11, p. 2021-2026. Disponible sur : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301405>
- [42] Zupanc T. et collab. « Reduced blood alcohol concentration in suicide victims in response to a new national alcohol policy in slovenia ». *Eur. Addict. Res.* [En ligne]. 2013. Vol. 19, n°1, p. 7-12. Disponible sur : <https://doi.org/10.1159/000338639>
- [43] Chesnais J.-C. « Homicide and suicide in the industrial world: the Russian case ». *Popul. Engl. Sel.* 2000. Vol. 12, p. 331–334.
- [44] Association québécoise de prévention du suicide. « Site web de l'Association québécoise de prévention du suicide ». In : Assoc. Québécoise Prév. Suicide [En ligne]. Disponible sur : <http://www.aqps.info/> (consulté le 21 décembre 2017)
- [45] Canadian association for suicide prevention. « Media Guidelines ». In : Can. Assoc. Suicide Prev. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.suicideprevention.ca/understanding/for-media/> (consulté le 21 décembre 2017)
- [46] Ji N. J. et collab. « The impact of indiscriminate media coverage of a celebrity suicide on a society with a high suicide rate: Epidemiological findings on copycat suicides from South Korea ». *J. Affect. Disord.* [En ligne]. 2014. Vol. 156, p. 56–61. Disponible sur : <https://doi.org/doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.015>
- [47] Suh S., Chang Y., Kim N. « Quantitative exponential modelling of copycat suicides: association with mass media effect ». *South Korea Epidemiol. Psychiatr. Sci.* [En ligne]. 2014. Vol. 24, n°2, p. 150–157. Disponible sur : <https://doi.org/10.1017/s204579601400002x>
- [48] Ueda M., Mori K., Matsubayashi T. « The effects of media reports of suicides by well-known figures between 1989 and 2010 in Japan ». *Int. J. Epidemiol.* [En ligne]. 2014. Vol. 43, n°2, p. 623–629. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1093/ije/dyu056>
- [49] Jobes D. A. et collab. « The Kurt Cobain suicide crisis: Perspectives from research, public health, and the news media ». *Suicide Life Threat. Behav.* 1996. Vol. 26, n°3, p. 260–271.
- [50] Niederkrotenthaler T., Sonneck G. « Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis ». *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 41, n°5, p. 419–428.
- [51] Mishara B. L., Kerkhof A. J. F. M. (éd.). *Suicide Prevention and New Technologies: Evidence Based Practice.* New York, NY : Palgrave Macmillan, 2013.
- [52] Mishara B. L., Weisstub D. N. « Ethical, legal, and practical issues in the control and regulation of suicide promotion and assistance over the Internet ». *Suicide Life. Threat. Behav.* 2007. Vol. 37, n°1, p. 58–65.

- [53] Berrouiguet S. et collab. « SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention ». *BMC Psychiatry* [En ligne]. 18 novembre 2014. Vol. 14, p. 294. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0294-8>
- [54] Larsen M. E., Nicholas J., Christensen H. « A systematic assessment of smartphone tools for suicide prevention ». *PloS One* [En ligne]. 2016. Vol. 11, n°4, p. e0152285. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152285>
- [55] Mokkenstorm J. K. et collab. « Evaluation of the 113Online suicide prevention crisis Chat service: outcomes, helper behaviors and comparison to telephone hotlines ». *Suicide Life. Threat. Behav.* [En ligne]. Juin 2017. Vol. 47, n°3, p. 282-296. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/sltb.12286>
- [56] Predmore Z. et collab. « Expanding Suicide Crisis Services to Text and Chat ». 2017. Disponible sur : https://www.rand.org/pubs/external_publications/EP67179.html (consulté le 20 décembre 2017)
- [57] Jeon H. J. et collab. « Childhood trauma, parental death, and their co-occurrence in relation to current suicidality risk in adults: a nationwide community sample of Korea ». *J. Nerv. Ment. Dis.* [En ligne]. Décembre 2014. Vol. 202, n°12, p. 870-876. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000217>
- [58] Tunnard C. et collab. « The impact of childhood adversity on suicidality and clinical course in treatment-resistant depression ». *J. Affect. Disord.* [En ligne]. 2014. Vol. 152, n°154, p. 122-130. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.jad.2013.06.037>
- [59] Bellerose C. et collab. *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993.* Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995.
- [60] Devries K. M. et collab. « Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies ». *PLoS Med.* [En ligne]. 2013. Vol. 10, n°5, p. e1001439. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>
- [61] McLaughlin J., O'Carroll R. E., O'Connor R. C. « Intimate partner abuse and suicidality: a systematic review ». *Clin. Psychol. Rev.* [En ligne]. Décembre 2012. Vol. 32, n°8, p. 677-689. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.08.002>
- [62] World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.* [En ligne]. Genève : World Health Organization, 2013. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
- [63] Beghi M., Rosenbaum J. F. « Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal ». *Curr. Opin. Psychiatry* [En ligne]. Juillet 2010. Vol. 23, n°4, p. 349-355. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833ad783>
- [64] Bostwick J. M. et collab. « Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew ». *Am. J. Psychiatry* [En ligne]. 1 novembre 2016. Vol. 173, n°11, p. 1094-1100. Disponible sur : <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>
- [65] Labelle R., Bibaud-De Serres A., Leblanc F. O. « Innovating to Treat Depression and Prevent Suicide: The iPhone@ PSY ASSISTANCE Application ». In : Mishara BL, Kerkhof AJFM (éd.). *Suicide Prev. New Technol.* Palgrave Macmillan UK, 2013. p. 166-180.
- [66] Suominen K. et collab. « Mental disorders and comorbidity in attempted suicide ». *Acta Psychiatr. Scand.* Octobre 1996. Vol. 94, n°4, p. 234-240.
- [67] Vijayakumar L. « Suicide and mental disorders in Asia ». *Int. Rev. Psychiatry.* 2005. Vol. 17, n°2, p. 109-114.
- [68] Mishara B. L., Chagnon F. « Why Mental Illness is a Risk Factor for Suicide ». In : O'Connor R, Pirkis J (éd.). *Int. Handb. Suicide Prev.* Chichester : Wiley Blackwell, 2016. p. 594-608.
- [69] Steele I. H. et collab. « Understanding suicide across the lifespan: a United States perspective of suicide risk factors, assessment and management ». *J. Forensic Sci.* [En ligne]. 21 juin 2017. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/1556-4029.13519>
- [70] Rojas Y., Stenberg S.-Å. « Evictions and suicide: a follow-up study of almost 22 000 Swedish households in the wake of the global financial crisis ». *J Epidemiol Community Health* [En ligne]. 4 novembre 2015. p. jech-2015-206419. Disponible sur : <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206419>
- [71] Wang Y. et collab. « A population-based longitudinal study of recent stressful life events as risk factors for suicidal behavior in major depressive disorder ». *Arch. Suicide Res. Off. J. Int. Acad. Suicide Res.* [En ligne]. 2015. Vol. 19, n°2, p. 202-217. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.957448>
- [72] Jordan J. R., McIntosh J. L. *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors.* New York, NY : Taylor and Francis Group, 2011.
- [73] Kaminsky Z. et collab. « Epigenetic and genetic variation at SKA2 predict suicidal behavior and post-traumatic stress disorder ». *Transl Psychiatry* [En ligne]. 2015. Vol. 5, n°627. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1038/tp.2015.105>
- [74] Labonte B. et collab. « Differential glucocorticoid receptor exon 1(B), 1(C), and 1(H) expression and methylation in suicide completers with a history of childhood abuse ». *Biol Psychiatry* [En ligne]. 2012. Vol. 72, n°1, p. 41-48. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.biopsych.2012.01.034>
- [75] Nelson S. E., Wilson K. « The mental health of Indigenous peoples in Canada: A critical review of research ». *Soc. Sci. Med.* 1982 [En ligne]. Mars 2017. Vol. 176, p. 93-112. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.021>

- [76] Fraser S. L. et collab. « Changing rates of suicide ideation and attempts among Inuit youth: a gender-based analysis of risk and protective factors ». *Suicide Life. Threat. Behav.* [En ligne]. Avril 2015. Vol. 45, n°2, p. 141-156. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/sltb.12122>
- [77] Lane J. et collab. Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. [En ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010. Disponible sur : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/43118a0f56baf72d852577a8004d2b36>
- [78] Houle J., Poulin C., Van Nieuwenhuysse H. Vers une meilleure continuité de services pour les personnes suicidaires : Évaluation d'implantation du protocole MARCO. Montréal : Agence de la santé et de services sociaux de Montréal, 2006.
- [79] Mishara B. L., Martin N. « Effects of a comprehensive police suicide prevention programme ». *Crisis J. Crisis Interv. Suicide Prev.* 2012. Vol. 33, n°3, p. 162-168.
- [80] Labelle R., Bibaud-De Serres A. « Development of a mobile phone application as an adjunct to suicide prevention and depression treatment ». *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 2012. Vol. 60, n°5, p. 176.
- [81] Lapointe G., Bérubé N. Rapport d'évaluation de l'implantation et de la mise en œuvre d'un service de suivi étroit intégré dans la communauté pour les personnes présentant un risque suicidaire élevé - Région du Bas-Saint-Laurent. [En ligne]. Rimouski, Canada : Agence de la santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent, 2012. Disponible sur : http://www.agencesssbsl.gouv.qc.ca/Telechargements/Publications/2013/Rapport_devaluation_personne_presentant_risque_suicidaire.pdf
- [82] Gagné P. et collab. Rapport du Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale. [En ligne]. 2004. Disponible sur : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04_comite_experts_suicides.pdf
- [83] Spirito A., Overholser J., Stark L. J. « Common problems and coping strategies II: Findings with adolescent suicide attempters ». *J. Abnorm. Child Psychol.* 1989. Vol. 17, n°2, p. 213-221.

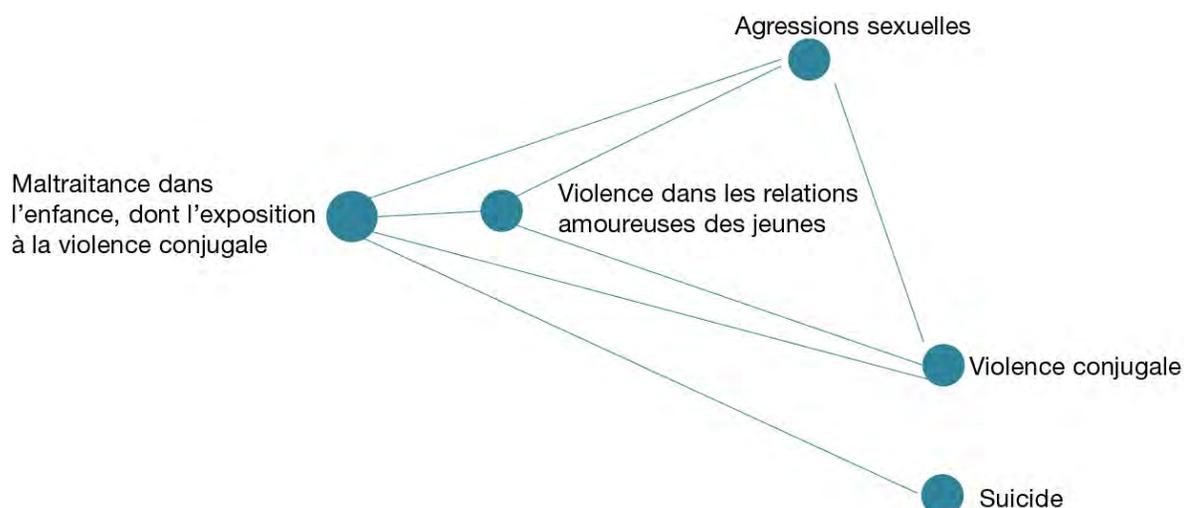
Conclusion

Les différents chapitres de ce rapport ont démontré que la violence est un problème de santé publique pouvant affecter de façon durable le développement et le bien-être des individus, de même que les collectivités auxquelles ils appartiennent. Tout en faisant ressortir l'ampleur et les multiples conséquences de la violence sur la santé, ce rapport a également démontré qu'il est possible de mettre en place des interventions pour la prévenir.

Quelques constats

On constate que les expériences de violence peuvent être vécues à tous les stades de la vie et qu'elles sont souvent liées entre elles. Plus encore, la violence tend à s'installer tôt dans la vie des Québécois, et lorsqu'elle survient à des stades précoces, elle prédit souvent des victimisations subséquentes. La figure 1 illustre ce phénomène en mettant en exergue l'exemple des liens entre la maltraitance dans l'enfance et les manifestations de violence survenant plus tard ou dans d'autres circonstances, telles que la violence dans les relations amoureuses, les agressions sexuelles, la violence conjugale et le suicide.

Figure 1 Exemples de liens entre les types de violence abordés dans ce rapport



Bien que les enfants et les jeunes soient touchés par plusieurs types de violence abordés dans ce rapport (maltraitance, exposition à la violence conjugale, agressions sexuelles, violence dans les relations amoureuses, à l'école, en contexte sportif, en milieu autochtone, suicide), les adultes et les personnes âgées ne sont pas épargnés, et peuvent vivre de la violence dans leurs relations interpersonnelles et dans les milieux qu'ils fréquentent (ex. : au domicile, en milieu de travail ou d'hébergement). Les femmes sont particulièrement affectées par la violence conjugale et les agressions sexuelles.

En ce qui concerne les agressions sexuelles, elles font l'objet d'un chapitre de ce rapport, mais elles sont aussi abordées dans d'autres chapitres. Qu'il s'agisse des agressions sexuelles commises par des entraîneurs en contexte sportif, de l'agression sexuelle dans l'enfance comme facteur de risque de victimisation dans les relations amoureuses des jeunes, ou du harcèlement sexuel en milieu de travail, plusieurs exemples démontrent qu'on ne peut se limiter à aborder les diverses manifestations de violence comme des sujets distincts.

Les chapitres portant sur le milieu scolaire, le contexte sportif et le travail ont montré que ces domaines d'activité sont aussi touchés par la violence, ce qui compromet l'atteinte des finalités positives de ces activités. Les répercussions des expériences négatives dans ces contextes dépassent d'ailleurs les conséquences sur les victimes en affectant la qualité du climat social pour l'ensemble de l'entourage. L'analyse des facteurs associés à la violence à l'école, dans les sports ou au travail démontre l'influence négative d'une certaine invisibilité de la violence et d'une tolérance de diverses formes d'agressions dans ces milieux. On retient aussi le rôle central que peuvent jouer les acteurs organisationnels, à différents niveaux, dans la prévention des comportements violents.

Le chapitre qui aborde la violence vécue en milieu autochtone a permis par ailleurs d'insister sur les liens entre une violence systémique et collective perpétrée par les institutions envers certaines populations et les différentes manifestations de violence présentes à court, moyen et long terme dans les communautés.

Enfin, ce rapport a jeté un éclairage sur des problématiques moins connues ou émergentes comme le traumatisme craniocérébral non accidentel, la violence envers les athlètes en contexte sportif, la coercition reproductive en contexte conjugal, les agressions sexuelles en contexte universitaire et l'autonégligence des personnes aînées.

Ce qui existe au Québec

Le présent document a permis de faire état des différentes mesures qui ont été mises en place au Québec au cours des dernières décennies pour prévenir la violence. Certaines sont plus récentes et visent des milieux circonscrits (ex. : stratégie de lutte aux agressions sexuelles sur les campus universitaires), des groupes précis (ex. : maltraitance envers les personnes aînées) ou des circonstances particulières (ex. : politique en matière de violence conjugale, contrôle des armes à feu). D'autres initiatives de santé publique destinées aux familles sont plus globales et agissent sur plusieurs sphères du développement des enfants; elles sont maintenant reconnues comme des composantes essentielles d'une stratégie globale de prévention de la violence [1]. Ces mesures sont, dans bien des cas, appuyées par des changements législatifs et des politiques publiques (ex. : dans la Politique gouvernementale de prévention en santé). Même si ce rapport met l'accent sur des aspects préventifs plutôt que sur les services en place, l'apport d'organismes de divers secteurs (réseau de la santé et des services sociaux, réseau communautaire, services policiers, justice, etc.) qui œuvrent auprès des victimes et des personnes ayant des comportements violents se doit d'être souligné. On pense, entre autres, à leur engagement au quotidien dans des activités pour lutter contre la violence et réduire ses répercussions, et aussi à leur contribution dans la reconnaissance sociétale du problème. L'ensemble de ces efforts a permis de sensibiliser la population québécoise aux enjeux de la violence et d'entamer des changements sociaux.

Orientations prometteuses

La violence n'est pas une fatalité et il est tout à fait possible de réduire son ampleur et ses conséquences, que ce soit à l'échelle de la société, des communautés, des milieux de vie, des familles ou des individus. Les efforts déployés au fil du temps en prévention de la violence, et plus particulièrement ceux qui visent des changements sociétaux et à l'échelle des collectivités, ont contribué à la création d'un environnement social propice à l'épanouissement de relations personnelles équilibrées et non violentes. Cependant, malgré les avancées, il reste encore du travail à faire. En ce sens, certaines orientations prometteuses pour continuer à faire des gains sont proposées.

Consolider les lois et renforcer la part de la prévention dans les programmes et les plans d'action existants

La reconnaissance du caractère criminel de plusieurs manifestations de violence au Québec et au Canada est certainement un levier de prévention. Dans ce domaine, des avancées sont encore possibles, notamment dans la mise en application de ces lois et dans le traitement réservé aux victimes qui dénoncent les agressions. Compte tenu de leur effet négatif bien documenté, certaines pratiques, telles que le recours à la punition corporelle envers les enfants, pourraient aussi être complètement interdites [2]. Les interventions législatives sont d'autant plus importantes qu'en plus de protéger la population, elles se répercutent sur les normes sociales et contribuent à promouvoir une désapprobation de la violence.

Dans les plans d'action portant sur des thématiques de violence précises, le volet consacré aux mesures de prévention occupe une place moindre que d'autres volets (ex. : réponse sociojudiciaire, organisation des services), se limitant parfois à des campagnes de sensibilisation. Une attention devrait être portée pour diversifier les stratégies proposées et s'assurer qu'elles s'attaquent à des facteurs de risque à tous les niveaux du modèle écologique. L'accentuation de la part de la prévention dans les plans d'action sera d'autant plus pertinente si elle s'appuie sur les meilleures connaissances scientifiques, et qu'elle s'accompagne de mesures de soutien à la recherche dans le domaine.

Dans l'optique de favoriser l'adoption – par les nouvelles générations – de modèles relationnels fondés sur l'égalité, le respect des droits de la personne et l'inclusion sociale, les efforts déployés pour prévenir certains problèmes pourraient s'inscrire dans une perspective plus large de prévention de la violence en général. C'est pourquoi dans l'avenir, pour engager les différents milieux en prévention, il serait utile de réunir les mesures de prévention dans un plan d'action global portant sur la violence interpersonnelle sous toutes ses formes [3].

Agir tôt, dès la grossesse, et poursuivre les efforts pour agir avant que les problèmes n'apparaissent

Le rôle des premières expériences de violence dans la revictimisation et l'adoption possible de comportements violents, tout comme les conséquences à long terme de ces expériences sur la santé, appuient la pertinence d'efforts soutenus pour prévenir la maltraitance et les agressions sexuelles dans l'enfance [4,7]. À titre d'exemple, il est essentiel d'agir le plus précocement possible afin d'éviter que la violence ne s'installe dans les relations amoureuses des jeunes, et d'intervenir auprès des enfants exposés à la violence conjugale pour éviter la transmission de cette violence à travers les générations. Prévenir la violence avant qu'elle ne survienne signifie à la fois intervenir à des stades précoces de la vie, c'est-à-dire dès la grossesse, dans l'enfance et à l'adolescence, mais également tout au cours de la vie en ciblant des facteurs en amont. Une analyse transversale des connaissances scientifiques propres à plusieurs types de violence a permis de dégager des facteurs de risque et de protection susceptibles de jouer un rôle dans l'étiologie de plusieurs problèmes associés à la violence, et donc à fort potentiel de prévention [8]. Par exemple, les dysfonctionnements dans la famille sont associés à presque toutes les formes de perpétration d'actes violents (mauvais traitements à l'endroit des enfants, violence dans les relations amoureuses, violence conjugale, agression sexuelle, violence entre les jeunes et intimidation). Ainsi, des programmes qui visent le développement d'habiletés parentales et qui améliorent les relations au sein des familles comportent un potentiel de prévention qui se répercute dans divers stades de la vie.

Dans son rapport mondial, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) invitait à exploiter les liens qui existent entre les différents types de violence, et faisait ressortir les chevauchements dans les facteurs de risque [9]. Citons, par exemple, les inégalités entre les sexes, la pauvreté et des conditions de vie difficiles, des normes sociales tolérant la violence et la consommation abusive d'alcool qui ressortent souvent comme des facteurs de risque de violence, et ce, quel que soit la nature de la violence, le type de relation ou le milieu dans lequel elle est exercée [3,10].

De plus, de nombreux problèmes structureaux et l'effet de déterminants sociaux limitent les personnes et les communautés dans l'atteinte de leur plein potentiel et les exposent à un risque accru de violence [9]. C'est notamment le cas du racisme, du sexisme et de l'exclusion sociale [11]. Pour réduire la violence à l'échelle de la société et briser la transmission intergénérationnelle, il est donc essentiel de cibler les facteurs communautaires et sociétaux [12], et ce, par des actions en amont pour faire progresser les conditions sociales (revenu, éducation, logement) et améliorer la qualité dans des milieux de vie [13].

Développer des stratégies de prévention susceptibles d'agir globalement sur plus d'un problème à la fois

L'importance de développer une perspective décloisonnée des types de violence est de plus en plus reconnue [3,14]. Cette perspective est essentielle pour mieux cibler les facteurs associés à la violence et mettre en place des mesures de prévention qui agissent sur ces derniers. Elle apparaît aussi prometteuse pour promouvoir au sein des communautés les facteurs protecteurs, comme le soutien social. Au Québec, bien que des initiatives récentes tentent de faire des rapprochements entre les problèmes de violence, cette vision pourrait être davantage promue (voir encadré 1).

Améliorer les connaissances

Les différents chapitres de ce rapport ont montré la variabilité dans l'état des connaissances sur l'ampleur de la violence au Québec, les facteurs associés et ses conséquences selon les stades de la vie et les contextes dans lesquels la violence est vécue. De plus, les études sur la violence vécue par certains groupes marginalisés (ex. : jeunes de la diversité sexuelle, femmes racisées, personnes handicapées) demeurent limitées et peu diffusées. La recherche scientifique et le développement des connaissances doivent se poursuivre, notamment pour que les programmes de prévention soient adaptés aux diverses réalités.

Afin de prévenir globalement la violence, les activités de recherche qui décloisonnent les problématiques, et qui permettent de mieux comprendre ce qu'il est possible de faire pour réduire les séquelles des expériences de violence et de mettre en place des interventions préventives qui misent sur des facteurs de protection susceptibles d'agir sur plus d'un problème à la fois sont essentielles [3]. Il va sans dire que les interventions préventives doivent faire l'objet d'évaluations rigoureuses et que les connaissances devront être accessibles aux acteurs de divers secteurs, afin de renforcer les capacités en matière de prévention [3]. Le réseau de la santé publique peut jouer un rôle important à cet égard.

Mettre en commun et favoriser la synergie entre les expertises disponibles au Québec

La mise en commun, dans un même ouvrage, d'expertises sur une variété de manifestations de violence, et ce, présentée sous une perspective de santé publique, se veut en phase avec les orientations discutées précédemment. Comme cela a été souligné tout au long de cet ouvrage, pour contrer la violence dans une société, il est judicieux d'adopter une approche globale, décloisonnée et qui considère l'ensemble des stades de la vie. Pour ce faire, les différents réseaux pouvant jouer un rôle en prévention de la violence ainsi que la communauté scientifique doivent accentuer les efforts pour favoriser la synergie des expertises à travers des partenariats réunissant des décideurs, des chercheurs et des intervenants d'horizons multiples, et s'intéressant à une diversité de problématiques pour créer un réseau en prévention de la violence. La publication d'un rapport québécois sur la violence et la santé se veut un pas dans cette direction.

Promotion de la sécurité dans la communauté

Comme démontré dans ce rapport, il est possible de tracer plusieurs liens entre les diverses manifestations de violence commise dans une communauté donnée. Bien qu'il soit d'une grande importance de bien comprendre chacune des manifestations de la violence pour intervenir efficacement, il peut être pertinent de s'intéresser à l'ensemble des manifestations de la violence et à la communauté au sein de laquelle elles se manifestent. Cette communauté peut être un milieu de vie (telle une école) ou être ancrée dans un territoire (à l'exemple d'un quartier), mais elle peut également correspondre à un groupe qui partage une même identité, qu'elle soit culturelle, de genre ou autres. Quelle que soit la communauté sur laquelle nous portons un intérêt, il est généralement admis qu'elle sera confrontée à plusieurs problèmes de violence qui sévissent au cours d'une même période et qui se répercutent sur l'ensemble des individus, qu'ils en soient témoins, auteurs ou victimes.

Le fait de s'intéresser aux différentes manifestations de violence dans une communauté plutôt que de les regarder indépendamment les unes des autres permet notamment :

- Une mutualisation des ressources disponibles dans un but commun [9,14];
- Une réponse globale aux besoins de sécurité de la communauté;
- Un gain d'efficacité et un risque réduit de chevauchements dans les interventions [9];
- Un arrimage plus naturel entre ceux qui ont parmi leurs responsabilités d'assurer la sécurité de leur milieu (ex. : les policiers, les élus municipaux, les directeurs d'école) ou de leur communauté.

C'est dans cette perspective qu'a été développée au cours des dernières années une approche de promotion de la sécurité orientée sur la communauté. Cette approche permet de tenir compte de l'ensemble des problèmes de sécurité, des liens qui existent entre eux et des solutions transversales qui peuvent être déployées [15].

L'approche repose sur une définition inclusive de la sécurité (voir encadré). Cette définition reconnaît une composante objective et une composante subjective. La composante objective réfère aux événements vécus ou observés. La composante subjective réfère au ressenti et aux perceptions. De plus, cette approche suggère la présence d'au moins quatre conditions pour assurer la sécurité de la population. Ces conditions sont :

La **sécurité** est un état où les dangers et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté [16].

- Un climat de cohésion, de paix sociale et d'équité protégeant les droits et libertés (ex. : une société où il n'y a pas d'âgisme, d'inégalités liées au genre, où il existe un climat d'entraide entre les individus et les groupes);
- Le contrôle des dangers présents dans l'environnement (ex. : le retrait d'une arme à feu dans une résidence, un environnement bâti qui réduit les risques d'agressions et qui permet aux individus d'être toujours bien orientés dans l'espace, d'être vus et d'avoir un accès facile à des secours le cas échéant);
- Le respect entre les individus de leurs valeurs et de leur intégrité physique, psychologique et matérielle (ex. : une communauté où les individus peuvent jouir de leur environnement et de leurs biens sans avoir peur d'être attaqués, vandalisés ou volés);
- L'accès à des moyens efficaces de prise en charge et de réhabilitation (ex. : l'accès à des maisons d'hébergement pour venir en aide aux victimes de violence conjugale et aux enfants qui y sont exposés [16]).

Pour actualiser cette approche et soutenir le cheminement jusqu'à la mise en œuvre d'actions cohérentes avec les besoins et les problèmes pressentis dans un milieu de vie donné, une démarche structurée comportant quatre étapes est suggérée. Dans un contexte de violence, ces étapes peuvent être décrites comme suit :

- La mobilisation de partenaires autour d'un objectif commun, soit de réduire les manifestations de violence dans un milieu donné;
- Le partage de l'ensemble des connaissances de manière à favoriser une compréhension commune des manifestations de la violence dans le milieu;
- La documentation des circonstances entourant les manifestations de violence;
- La planification des actions préventives basée sur les facteurs de risque et de protection relatifs aux individus et aux relations qu'ils entretiennent avec leur entourage, de même que ceux relatifs aux communautés et à la société dans laquelle ils vivent (inspiré de Maurice et collaborateurs [15]).

Pour soutenir cette démarche, plusieurs outils ont été développés pour promouvoir la sécurité dans un milieu de vie. Ils sont réunis dans la collection **Vivre en sécurité, se donner les moyens*** et sont tous accessibles sur le Web.

* Tous les outils sont accessibles à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/expertises/securite-et-prevention-des-traumatismes/promotion-de-la-securite-dans-les-communautes>.

Références

- [1] OMS, Liverpool John Moores University. *Prévenir la violence : les faits*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2013.
- [2] MacMillan H. L., Mikton C. R. « Moving research beyond the spanking debate ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Septembre 2017. Vol. 71, p. 5-8. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.012>
- [3] Organisation mondiale de la santé. *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé, 2014.
- [4] Etherington N. A., Baker L. L. *Links between the maltreatment of girls dans later victimization or use of violence*. London, Ontario : Centre for Research and Education on Violence against Women and Children, 2017.
- [5] Hébert M. et collab. « Child Sexual Abuse as a Risk Factor for Teen Dating Violence : Findings from a Representative Sample of Quebec Youth ». *J. Child Adolesc. Trauma* [En ligne]. 2017. Vol. 10, n°1, p. 51-61. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0119-7>
- [6] 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>
- [7] Perreault S. *La victimisation criminelle au Canada, 2014*. Ottawa : Statistique Canada, 2015. (Juristat vol. 35 n° 1).
- [8] 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.
- [9] 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
- [10] Organisation mondiale de la santé. *INSPIRE : sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants*. [En ligne]. Organisation mondiale de la santé, 2015. Disponible sur : <http://www.girlsnotbrides.org/reports-and-publications/inspire-strategies-violence-enfants/>
- [11] Mallach E. R. et collab. « Status report - Public Health 2016 : time for a cultural shift in the field of public health ». *Health Promot. Chronic Dis. Prev. Can. Res. Policy Pract.* novembre 2016. Vol. 36, n°11, p. 261-262.
- [12] 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.
- [13] Parks L. F. et collab. *A Health Equity and Multisector Approach to Preventing Domestic Violence*. Oakland, CA : Prevention Institute, 2017.
- [14] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Preventing Multiple Forms of Violence: A Strategic Vision for Connecting the Dots*. Atlanta : National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2016.
- [15] Maurice P. et collab. « Promotion de la sécurité et son approche par milieu de vie : considérations théoriques et pratiques ». *Rev. L'IPC*. 2008. Vol. 2, n°35-56.
- [16] Maurice P. et collab. *Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et opérationnels*. Québec : Centre collaborateur OMS du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes, 1998.



*Institut national
de santé publique*

Québec 