



La victimisation avec violence : répercussions sur la santé des femmes et des enfants

Nadine Wathen

**Division de la recherche de la statistique
ministère de la Justice Canada**

2012

Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles du ministère de la Justice du Canada.



Table des matières

Résumé.....	ii
1. Introduction	5
1.1 Objet du rapport	5
2. Définitions et épidémiologie	5
2.1 Violence entre partenaires intimes (VPI) contre les femmes.....	5
2.2 Agressions sexuelles contre les femmes	8
2.3 Enfants témoins de VPI et enfants victimes d'abus sexuel	9
3. Conséquences pour la santé de la victimisation avec violence	10
3.1 Répercussions sur la santé de la violence entre partenaires intimes	11
3.2 Répercussions sur la santé des agressions sexuelles.....	14
3.3 Répercussions sur la santé des mauvais traitements et autres traumatismes subis durant l'enfance	15
3.4 Multiple formes de violence envers les enfants et d'expériences négatives vécues durant l'enfance	17
4. Synthèse et conclusions	18
4.1 Résumé de la preuve	18
4.2 Conclusions.....	20
Bibliographie.....	22
Annexe 1 : Définitions de troubles de santé mentale.....	32

©Sa Majesté la Reine du chef du Canada
représentée par le ministre de la Justice et procureur général du Canada, 2013

ISBN 978-0-660-21040-7

No de cat. J2-377/2013F-PDF

Résumé

De plus en plus de données confirment les liens étroits entre la violence envers les femmes et les enfants et d'importants problèmes de santé physique et mentale, en sus des comportements risqués pour la santé. Ceux-ci sont prévalents chez les enfants, les adolescents et les adultes qui ont été victimisés durant l'enfance ou à l'âge adulte. Certains groupes, comme les femmes autochtones au Canada, courent des risques accrus de subir des actes de violence plus fréquents et plus graves entraînant des répercussions plus importantes sur leur santé.

Même si les blessures physiques et la mort font partie des répercussions que la violence peut avoir sur la santé, les problèmes de santé mentale à plus long terme en sont les conséquences les plus courantes, lesquels contribuent à leur tour à accroître les risques pour la santé ainsi que la probabilité de se livrer soi-même à la violence ou d'en être à nouveau victime ultérieurement. Des recherches plus récentes indiquent aussi que la victimisation avec violence est associée à des maladies chroniques à plus long terme.

Voici les principales conclusions du rapport touchant spécifiquement les répercussions sur la santé de la victimisation avec violence :

La violence entre partenaires intimes (VPI) et ses répercussions sur la santé des femmes et des enfants

- Les problèmes de santé physique associés à l'exposition à la VPI comprennent la douleur chronique, l'invalidité, la fibromyalgie, les troubles gastro-intestinaux, le syndrome du côlon irritable, les troubles du sommeil et les réductions généralisées du fonctionnement physique et de la qualité de vie liée à la santé. De récentes études indiquent que la VPI peut être associée aux maladies cardiaques.
- En ce qui a trait à la santé génésique des femmes, la VPI est associée aux troubles gynécologiques, à l'infertilité, à la maladie inflammatoire pelvienne, aux complications durant la grossesse et aux fausses couches, aux dysfonctions sexuelles, aux maladies transmissibles sexuellement y compris le VIH/sida, aux avortements à risques et aux grossesses non désirées.
- La VPI pendant la grossesse est associée au fémicide et aux sévices causés directement au fœtus, ce qui peut entraîner des naissances prématurées ou des bébés de faible poids à la naissance.
- Les conséquences défavorables découlant du fait d'avoir été témoin de VPI durant l'enfance comprennent le risque accru de connaître des problèmes psychologiques, sociaux et comportementaux, dont l'anxiété et les troubles d'humeur, ainsi que la toxicomanie et les difficultés scolaires durant l'enfance et l'adolescence.
- La VPI est systématiquement associée à des taux élevés de dépression, aux troubles d'anxiété (notamment l'ESPT), aux troubles du sommeil persistants, aux phobies et aux crises de panique, aux troubles psychosomatiques, au comportement suicidaire et à l'automutilation, aux troubles alimentaires, à la toxicomanie, aux troubles de la personnalité antisociale et aux psychoses non affectives.

- Chez les femmes autochtones ayant des antécédents de violence, la prévalence de ces troubles, surtout la dépression, peut être plus élevée, même si les femmes autochtones exposées à la violence estiment elles-mêmes que leur santé se situe au même niveau que celle des femmes non autochtones.
- L'exposition à la VPI est associée à des comportements à risques pour la santé, y compris la consommation excessive d'alcool et de drogue, le tabagisme, les comportements sexuels à risque et l'inactivité physique.

Agressions sexuelles de femmes par des non-partenaires

- La plupart des agressions sexuelles ne causent pas de blessures physiques mais le cas échéant, elles peuvent avoir des répercussions sur la santé génésique et causer des complications gynécologiques lors de la grossesse (saignements ou infections vaginales, fibromes, diminution du désir sexuel, irritation génitale, douleurs pendant les rapports sexuels, douleurs pelviennes chroniques et infections des voies urinaires), ainsi que des maladies sexuellement transmissibles, y compris l'infection par le VIH.
- Les répercussions des agressions sexuelles sur la santé mentale sont semblables à celles décrites plus haut pour la VPI, la dépression et l'anxiété, surtout l'ESPT, étant les plus directement associés à ce type de victimisation. Cette victimisation peut accroître les taux de comportements suicidaires.

Abus sexuel d'enfants (ASE)

- L'exposition à l'ASE est associée à des troubles dans de nombreux domaines, y compris ceux de la santé mentale, de la santé physique, de l'éducation, du comportement criminel et du fonctionnement interpersonnel.
- Chez les petites filles, l'abus sexuel est associé à des effets négatifs à court et à long terme sur la santé mentale, selon la gravité, la persistance et la présence de facteurs de risque et de protection, aussi bien génétiques qu'environnementaux.
- L'ASE est un facteur de risque non spécifique d'internalisation et d'externalisation des troubles chez les jeunes filles et les femmes adultes; il est associé aux dérèglements neurobiologiques à la fois chez l'enfant et chez l'adulte, y compris aux altérations de l'axe hypothalamique - pituitaire - surrénal (HPS), du système nerveux sympathique et plus récemment, du système immunitaire.
- Les répercussions de l'ASE sur la santé mentale continuent de se faire sentir à l'âge adulte. Chez les femmes adultes, tout indique qu'il existe une forte association entre l'ASE et la dépression, l'ESPT, les crises de panique, la dépendance à la drogue et à l'alcool et les tentatives de suicide.

Formes multiples de violence envers les enfants/expériences négatives vécues durant l'enfance

- L'exposition à de multiples formes de violence envers les enfants entraîne des séquelles psychologiques à court terme, qui se manifestent par des comportements tels que l'incontinence, les cauchemars et le retrait social.
- Les répercussions à plus long terme peuvent être :

- des troubles de santé physique, dont la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), la cardiopathie ischémique (CI), la maladie du foie, les maladies sexuellement transmissibles (MST), la mort foetale et les grossesses non désirées durant l'adolescence;
- des troubles de santé mentale, dont la dépression, les tentatives de suicide, les troubles du sommeil et réduction de la qualité de vie liée à la santé;
- des comportements risqués pour la santé, dont l'alcoolisme et l'abus d'alcool, l'usage illicite de drogue, le risque de violence entre partenaires intimes, la multiplication des partenaires sexuels, le tabagisme et l'usage précoce du tabac, l'initiation précoce aux activités sexuelles.

1. Introduction

La violence envers les femmes et les enfants est un problème social omniprésent au Canada, comportant des répercussions considérables au plan social et économique pour les femmes, les enfants, les familles et les collectivités. Nous examinons dans le présent rapport les conséquences de la violence entre partenaires intimes (VPI) dont sont victimes les femmes ainsi que les enfants qui en sont témoins, mettant l'accent sur les liens entre la violence et ses séquelles sur le plan de la santé physique et mentale, notamment les comportements à risque pour la santé et la qualité de la vie, le cas échéant. Même si elles ne font pas l'objet premier de l'étude, les principales données sur les autres formes de violence envers les femmes et les enfants (agressions sexuelles de femmes par des étrangers et abus sexuels d'enfants) seront aussi résumées. Les différents types de violence à l'endroit des femmes, y compris la VPI et l'agression sexuelle, ont souvent pour résultat les mêmes types d'atteintes à la santé (Jordan et coll., 2010), tout comme pour ce qui est des impacts sur les enfants témoins de la VPI ou victimes eux-mêmes d'autres formes de mauvais traitements.

1.1 Objet du rapport

Le présent rapport vise les objectifs suivants :

- 1) Présenter une synthèse des recherches actuelles sur les liens entre la violence et la santé physique et la santé mentale, les deux étant dans bien des cas inséparables. Comme la majorité des recherches dans ce domaine met l'accent sur la violence entre partenaires intimes (VPI) et sur les enfants qui en sont témoins, cette question sera au centre de nos travaux. La synthèse fera ressortir les principales constatations, les tendances, les thèmes communs ainsi que les lacunes dans la recherche, et fera état des études réalisées au Canada ainsi que des principaux travaux menés aux États-Unis (comme l'étude *Adverse Childhood Experiences - ACE*), en Australie et au Royaume-Uni le cas échéant.
- 2) Explorer les liens entre la violence sexuelle et les problèmes de santé en jeu dans les situations de violence entre partenaires intimes, les agressions sexuelles d'enfants en milieu familial et non familial ainsi que les agressions sexuelles perpétrées par des étrangers.

2. Définitions et épidémiologie

On trouvera dans cette section une définition des principaux concepts ainsi que les meilleures données disponibles concernant la prévalence et les facteurs de risque associés à chaque type de violence au Canada.

2.1 Violence entre partenaires intimes (VPI) contre les femmes

Violence physique, sexuelle, psychologique ou financière entre conjoints ou ex-conjoints, mariés ou en union libre (Statistique Canada, 2011), la VPI constitue un important problème de santé publique et de société répandu dans tous les pays, touchant à tous les groupes économiques, sociaux, religieux et culturels, et entraînant d'importants coûts sur le plan personnel, économique et social (Organisation mondiale de la santé, 2002; Garcia-Moreno et Watts, 2011; Ellsberg et

coll., 2008, Centers for Disease Control et Prevention, 2011). Même si les hommes et les femmes sont également touchés, les taux de morbidité et de mortalité attribuables à la VPI sont plus élevés pour les femmes (Statistique Canada, 2011; Centers for Disease Control et Prevention, 2011, Black et Breiding, 2008), celles qui y sont exposées courent des risques plus élevés de blessures et de mort, ainsi qu'un ensemble de problèmes physiques, psychologiques et sociaux (examinés ci-dessous).

Il existe différents types de relations violentes, et celles-ci sont bien décrites dans la typologie élaborée par Johnson (2006). Cette typologie apporte une précieuse contribution en distinguant entre la violence conjugale situationnelle (*situational couple violence*) (conflits entre conjoints moins violents, généralement épisodiques et souvent bilatéraux) et le terrorisme conjugal (*intimate partner terrorism*), dont la marque distinctive est l'existence de comportements violents sur le plan physique, sexuel et psychologique presque toujours dirigés contre les femmes (Johnson, 2006) et traduisant une volonté sous-jacente d'exercer une domination sur l'autre. La VPI visant les femmes caractérisée par des contrôles coercitifs est à la fois plus fréquente et plus sévère que celle visant les hommes, et les femmes sont plus susceptibles de souffrir de blessures et de craindre pour leur vie (Ansara et Hindin, 2010; Leone et coll., 2004); par exemple, au Canada, beaucoup plus de femmes que d'hommes sont tuées par un partenaire violent (Enquête sociale générale, La victimisation, Statistique Canada, 2011). C'est ce type de violence qui est le plus susceptible d'entraîner les genres de séquelles pour la santé décrites plus bas.

Les études sur la VPI entre conjointes de même sexe indiquent que la dynamique de violence est semblable à celle qui est vécue par les femmes ayant des relations hétérosexuelles (Eaton et coll., 2008; Tjaden et Thoennes, 1999). Les interventions cliniques de la part des intervenants auprès des clients LGBT indiquent que les conséquences de la violence sur la santé mentale et physique sont similaires à celles éprouvées par les victimes hétérosexuelles (voir par exemple Ard et Makadon, 2011; McClennen, 2005; Balsam, Lehavot et Beadnell, 2011; Kulkin, Williams, Borne, de la Bretonne et Laurendine, 2007). Ces études soulignent toutefois aussi que certains des facteurs de risque peuvent être différents (p.ex. la menace de révéler l'orientation sexuelle de l'autre comme forme d'abus) et que les services s'adressant spécifiquement aux personnes LGBT sont beaucoup moins disponibles que pour les victimes de violence hétérosexuelles, qui elles-mêmes sont souvent insuffisants (comme l'absence de refuges d'urgence pour les hommes gays victimes de violence). En prenant connaissance des répercussions de la victimisation sur la santé décrites ci-après, il est donc important de se rappeler, sur la foi des études dont nous disposons, qu'elles sont susceptibles d'être vécues tant par des femmes victimes de leur conjointe de même sexe (ou des lesbiennes adultes exposées à la violence sexuelle durant leur enfance ou victimes d'une agression sexuelle une fois devenue adulte), que par des femmes hétérosexuelles.

2.1.1 Prévalence de la VPI au Canada

Selon l'Enquête sociale générale de Statistique Canada, de 6 % à 7 % des femmes canadiennes environ ont rapporté avoir été exposées à la VPI au cours des cinq dernières années (Statistique Canada, 2011), et on a estimé que la VPI touchait le tiers des femmes canadiennes (Cohen et MacLean, 2004), alors que jusqu'à la moitié des femmes canadiennes rapportent avoir été victimes, à un moment ou l'autre de leur vie, d'un type de violence ou d'un autre (Johnson, 2005). On sait toutefois que les données de ce genre reposant sur des autodéclarations sous-

estiment la prévalence de la VPI, tout comme les estimations fondées sur les signalements officiels faits à la police ou autres autorités (Johnson, 2005). De plus, les taux de VPI qui seront signalés varieront selon l'endroit et la manière dont les femmes seront interrogées. Les études qui reposent sur de brefs questionnaires de dépistage peuvent surévaluer les cas (Wathen et coll., 2008), de même que celles qui s'intéressent exclusivement à la violence physique ou sexuelle peuvent les sous-estimer. Les études qui visent les femmes qui se présentent dans un établissement de santé ou dans un hôpital mais qui ne tiennent pas compte des cliniques communautaires peuvent aussi ne pas représenter toutes les femmes victimes de violence. Par exemple, dans deux grandes études pancanadiennes menées auprès des services d'urgence des hôpitaux, des cliniques communautaires et des cabinets privés de médecins, la prévalence de la VPI variait (dans une des études comptant plus de 2 400 femmes), de 4 % (en utilisant un outil de dépistage axé sur la violence physique et sexuelle seulement) à près de 18 % (dans les services d'urgence) – et quel que soit le lieu, les femmes préféreraient le moins être interrogées au sujet de la violence dans des entrevues en personne (comparativement à des formulaires écrits ou informatisés), et rapportaient des taux de violence plus faibles lorsqu'elles étaient interrogées de cette façon (MacMillan et coll., 2006). De même, dans une étude portant sur plus de 5600 femmes s'étant adressées à l'un des 26 centres de santé de l'Ontario, les évaluations ayant recours à des mesures validées et plus longues des différents types et niveaux de violence ont permis d'établir que 14,4 % de ces femmes avaient vécu de la VPI cours de la dernière année (Wathen et coll., 2008; MacMillan et coll., 2009). Même s'il se peut que les femmes qui s'adressent aux services de santé soient plus susceptibles d'être exposées à la violence que les autres, il est aussi probable que ces données traduisent une sous-estimation de la VPI lorsqu'on s'en remet uniquement aux enquêtes reposant sur les témoignages des personnes visées elles-mêmes.

Selon des données provenant surtout des États-Unis, les taux de VPI pendant la grossesse varient de 0,9 % à 20,1 %, les estimations les plus stables se situant entre 4 % et 8 % (Shah et Shah, 2010; Devries et coll., 2010; Gazmararian et coll., 1996; Gazmararian et coll., 2000; Martin et coll., 2001; Gielen et coll., 1994). Les estimations fondées sur des échantillons cliniques auprès de femmes canadiennes situent la prévalence de la VPI pendant la grossesse à environ 6 % (Muhajarine et D'Arcy, 1999; Stewart et Cecutti, 1993); dans l'Enquête sur la violence envers les femmes canadiennes de 1993, 21 % des femmes ont signalé avoir été victimes d'abus durant leur grossesse, et pour moins de la moitié (40 %) de celles-ci, les abus ont commencé pendant la grossesse (Statistique Canada, 1993).

Au Canada, les femmes autochtones sont de deux à quatre fois plus susceptibles d'être victimes de violence aux mains d'un partenaire masculin (Perreault, 2010; Brownridge, 2008). Les données les plus récentes de l'Enquête sociale générale révèlent en effet que les femmes autochtones rapportent environ trois fois plus d'incidents de violence conjugale que les femmes non autochtones (environ 15 % par rapport à 6 %), et sont plus susceptibles de signaler des formes plus graves de violence (Brennan, 2011). La dynamique de la violence au sein des collectivités autochtones a été en partie attribuée aux expériences particulières de la colonisation, dont le racisme et la discrimination qui prévalent toujours (Brownridge, 2003; 2008).

La VPI ne prend pas toujours fin lorsque la relation se termine. Les données sur le harcèlement criminel au Canada tirées de la Déclaration uniforme de la criminalité (DUC) et de l'Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes (ETJCA) (Milligan, 2011) indiquent que les

femmes comptaient pour les trois-quarts (76 %) de toutes les victimes de harcèlement criminel en 2009, dont 45 % avaient été harcelées par un ex-conjoint et 6 % par leur conjoint actuel. Ces chiffres sont très différents de ceux que l'on retrouve dans le cas du harcèlement criminel entre hommes (Milligan, 2011). Ces formes persistantes de harcèlement et d'abus continuent de se répercuter sur la santé et la situation économique des femmes (voir ci-dessous).

2.1.2 Facteurs de risque de VPI

De nombreuses études canadiennes, dont certaines menées à l'échelle nationale auprès de l'ensemble de la population (Johnson, 2005), ou d'autres fondées sur de vastes échantillons de personnes dans des situations variées (p. ex. Wathen et coll., 2007), ont démontré qu'il existait un certain nombre de points communs démographiques et d'indicateurs spécifiques associés à la VPI, dont les suivants : le fait d'être jeune, d'être en union libre (plutôt que légalement marié) ou d'être séparé; la consommation d'alcool ou de drogue de la part du partenaire masculin et le fait qu'il soit sans emploi ou sous-employé; enfin, le comportement dominateur du partenaire masculin. En outre, le fait d'avoir été témoin de violence pendant l'enfance augmente à la fois les risques d'être victime et auteur de violence conjugale (Johnson, 2005).

L'exposition aux abus avant la grossesse est la plus importante variable explicative de victimisation pendant la grossesse (Martin et coll., 2001).

2.2 Agressions sexuelles de femmes

L'agression sexuelle, y compris le viol, est définie ainsi : « activité sexuelle forcée, tentative d'activité sexuelle forcée, attouchements sexuels, agrippement, baisers ou caresses non désirés » (Perreault et Brennan 2010). Les taux d'agressions sexuelles au Canada, calculés à l'aide de l'Enquête sociale générale (ESG) sur la population de Statistique Canada, sont relativement stables, même s'ils ont connu une importante augmentation durant le cycle de 2009, comme l'indiquent les chiffres suivants : 1999 – 21 pour 100 000 (502 000 agressions); 2004 - 21 pour 100 000 (546 000 agressions), 2009 - 24 pour 100 000 (677 000 agressions), même si la majorité des cas rapportés étaient des types les moins graves (attouchements sexuels, agrippements, baisers ou caresses non désirés) (Perreault et Brennan 2010, Tableau 6; Dauvergne et Turner 2010). Cependant, le taux d'agressions sexuelles visant des femmes étaient près du double de celui visant des hommes, {représentant environ 70 % de toutes les agressions sexuelles). Dans tout juste plus de la moitié (51 %) des cas d'agressions sexuelles autodéclarées, l'auteur était connu de la victime (amis, connaissance ou voisin) (Perreault et Brennan 2010).

2.2.1 Facteurs de risque

Outre le fait d'être une femme, qui multiplie par cinq le risque d'être victime d'une agression sexuelle comparativement aux hommes, on considère que les caractéristiques suivantes augmentent le risque d'une agression sexuelle : le fait d'être jeune, de fréquenter l'école et de participer fréquemment à des activités en soirée (Brennan et Taylor-Butts, 2008).

2.3 Enfants témoins de VPI et enfants victimes d'abus sexuel

[Les deux phénomènes sont considérés comme des formes de violence envers les enfants, et aux fins de décrire leur épidémiologie, ils sont présentés ensemble dans cette section, car c'est ainsi qu'ils sont souvent évalués. Dans l'examen de leurs répercussions spécifiques sur la santé, ci-dessous, ils sont présentés séparément.]

L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements (ECIS) de cas de violence et de négligence envers les enfants – réalisé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) – est une étude d'envergure pancanadienne portant sur l'incidence des signalements de mauvais traitements infligés aux enfants et sur le profil des enfants et des familles sur lesquels enquêtent les services de protection de l'enfance. Elle a maintenant complété trois cycles, ce qui permet de faire des comparaisons et de dégager des tendances. Même si les études portant sur la violence envers les enfants décrivent généralement cinq types d'incidents, la présente analyse met l'accent sur deux d'entre eux : enfants témoins de VPI et enfants victimes d'abus sexuel (les autres types comprennent les enfants victimes de violence physique, de violence psychologique et de négligence, et sont décrits en détail dans le rapport de l'ECIS – ASPC, 2010).

Le fait, pour un enfant, d'être témoin de tout incident comportant un comportement menaçant, un acte de violence ou de maltraitance (psychologique, physique, sexuelle, financière) entre deux adultes qui sont ou ont été des partenaires intimes est défini comme une forme de violence envers les enfants (Gilbert et coll., 2009), et, dans le contexte de la présente étude, une autre façon de dire que le fait d'être victime de VPI peut avoir des répercussions à court et à long terme sur la santé.

L'abus sexuel d'enfants (ASE) est défini comme [TRADUCTION] « *un type de mauvais traitement qui implique la participation de l'enfant à une activité sexuelle en vue de fournir une gratification sexuelle ou un bénéfice financier à son auteur, et comprend les attouchements sexuels, l'attentat à la pudeur, le viol, la prostitution, la pornographie, l'exhibitionnisme, l'inceste et autre activité d'exploitation sexuelle, y compris le risque d'agression sexuelle* ». (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements (ASPC, 2010) a révélé qu'en 2008, 34 % des incidents corroborés de violence envers des enfants (25 259 cas sur plus de 85 000) consistaient dans le fait d'avoir été témoins de VPI alors que 3 % des cas (2607) étaient des cas d'abus sexuel d'enfants. Comme pour la VPI toutefois, on sait que les rapports officiels sous-estiment la prévalence et l'incidence réelles de la violence envers des enfants. Par exemple, une vaste enquête sociale menée en Ontario a permis de savoir que 12,8 % des femmes et 4,3 % des hommes ont déclaré avoir été victimes d'abus sexuel durant leur enfance (MacMillan et coll., 1997). Même s'il n'existe pas de données canadiennes sur les taux d'enfants témoins de VPI, des études sociales aux États-Unis ont estimé une prévalence annuelle se situant entre 10 % et 20 % (Carlson, 2000), semblable aux taux que l'on retrouve dans d'autres études et qui situent les pourcentages d'adultes ayant été témoin de VPI pendant leur enfance entre 13 % et 27 % (Gilbert et coll., 2009; Osofsky, 2003; Henning et coll., 1996; Dube et coll., 2002). Encore une fois, les différentes méthodes utilisées dans ces études pour faire état des données ont une incidence considérable sur la prévalence et l'incidence telles que rapportées. Une récente méta-analyse

réalisée par Stoltenborgh et coll. (2011) sur l'ensemble des études a examiné les estimations par type de rapport et a conclu que [TRADUCTION] « l'estimation globale de la prévalence des ASE était de 127/1000 dans les études reposant sur les autodéclarations et de 4/1000 dans les études reposant sur des informateurs. Les ASE autodéclarées étaient plus fréquentes chez les femmes (180/1000) que chez les hommes (76/1000) ».

En ce qui a trait aux tendances touchant l'incidence des ASE, les données sont mixtes; certaines études indiquent que les taux d'ASE, comme ceux de la criminalité en général, sont en déclin, notamment aux États-Unis (Finkelhor, 2009); des analyses plus complètes nous indiquent toutefois des tendances différentes selon le type de signalement, le type de mauvais traitement et le lieu géographique (Gilbert et coll., 2012).

2.3.1 Facteurs de risque qu'un enfant soit témoin de VPI et victime d'abus sexuel

Les risques que se produisent ces types de violence envers les enfants sont complexes, comportant l'interaction des indicateurs qui sont spécifiques aux enfants ainsi que des facteurs familiaux et communautaires. Les filles sont plus susceptibles d'être victimes d'abus sexuel que les petits garçons, comme en font foi des études internationales, menées dans des pays développés, qui indiquent que la prévalence des abus sexuels est de deux à quatre fois plus élevée chez les filles que chez les garçons (Gilbert et coll., 2009). L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements (ASPC, 2010) révèle que les facteurs ci-après, se rapportant spécifiquement au principal fournisseur de soins de l'enfant, sont associés à toutes les formes de violence envers les enfants, y compris le fait d'être témoin de VPI et victime d'ASE : le fait d'être victime de VPI (c'est-à-dire que 46 % des cas corroborés de violence envers les enfants se produisent dans des situations où le principal fournisseur de soins a été victime de VPI); le fait d'avoir peu de soutien social (39 %); les problèmes de santé mentale (27 %); la consommation d'alcool (21 %) et de drogue (17 %); le fait d'être l'auteur de VPI (13 %); les problèmes de santé physique (10 %); les antécédents de placement en foyer d'accueil ou en foyer de groupe (8 %) et les troubles cognitifs (6 %). Les facteurs de risque reliés à la vie en famille comprennent notamment le fait d'être bénéficiaires de l'aide sociale, de l'assurance emploi ou d'autres prestations (33 % des cas corroborés d'enfants maltraités vivaient dans des familles bénéficiaires de ce type de soutien du revenu); le fait d'avoir déménagé au cours des 12 derniers mois (20 %); la présence d'au moins un risque au foyer (présence de drogue ou d'accessoires de consommation de drogues, conditions de vie malsaines ou dangereuses, présence d'armes dans la maison) (12 %); logement social (11 %); deux déménagements et plus au cours des 12 derniers mois (10 %) (ASPC, 2010).

3. Conséquences pour la santé de la victimisation avec violence

Au Canada et partout dans le monde, la violence est une importante cause de morbidité et de mortalité chez les femmes de 15 à 44 ans (OMS, 2005). Les répercussions à long terme de la violence sur la santé sont bien documentées et varient selon la forme (soit un conflit bilatéral dans le couple ou le terrorisme conjugal), la gravité et la fréquence de la violence, ainsi qu'en fonction de l'exposition à de multiples types d'abus (physique, sexuel, psychologique) qui peuvent coexister et être récurrents au cours d'une vie. Ainsi, la santé des femmes est minée non seulement par la VPI mais aussi par l'accumulation des expériences de violence au cours de toute

une vie, y compris d'autres formes d'agression sexuelle et de maltraitance durant l'enfance (Scott-Storey, 2011).

On trouvera dans la présente section des données sur les répercussions sur la santé physique et mentale des différents types de violence faisant l'objet de ce rapport. Même si la violence envers les femmes et les enfants a d'importantes répercussions sur leur santé physique, dont les lésions corporelles, la mort et certaines maladies infectieuses et chroniques, une grande partie des souffrances découlant de l'exposition à la violence prennent la forme de troubles aigus et chroniques de santé mentale. Les troubles mentaux représentent en général 13 % de la charge mondiale de morbidité (Organisation mondiale de la santé, 2011), et même si la prévalence globale des problèmes de santé mentale est similaire chez les hommes et chez les femmes, ces dernières souffrent presque deux fois plus de dépression et d'anxiété que les hommes (Johnson et Stewart, 2010). Ces différences sont en partie attribuables à des événements plus négatifs de la vie, dont un plus lourd fardeau de victimisation avec violence (Astbury et Cabral, 2000; Hegarty, 2011).

Comme il est indiqué ci-dessous, les principaux types de troubles de santé mentale associés à la violence, selon les recherches, sont les troubles de l'humeur, principalement la dépression, les troubles d'anxiété dont surtout l'état de stress post-traumatique (ESPT), les troubles liés à l'abus d'une substance et les troubles somatiques. Ces troubles, et d'autres mentionnés plus bas, sont brièvement définis et décrits à l'Annexe 1.

Une autre façon utilisée dans la recherche pour évaluer les séquelles de la violence ainsi que les répercussions des interventions visant à la réduire passe par le concept de qualité de la vie, plus particulièrement la qualité de la vie au plan de la santé. Nous présentons aussi des données de ce type lorsqu'elles sont disponibles et pertinentes.

La section est structurée de façon à ce que les principaux types d'exposition à la violence – VPI et enfants témoins de VPI, agressions sexuelles de femmes et abus sexuels d'enfants – sont tour à tour examinés sous l'angle de ce que la recherche nous enseigne sur leurs répercussions pour la santé physique et mentale. Lorsque disponibles, les données canadiennes sont présentées en priorité, mais dans bien des cas, ces données ne sont pas disponibles ou ne sont pas de portée ou de qualité suffisante pour donner un portrait juste de la situation. Nous présentons alors des données provenant de contextes et de pays similaires (États-Unis d'Amérique, Royaume-Uni, Australie). L'objectif est de présenter les « meilleures données disponibles » pour chaque type de problème de santé, quelle que soit leur provenance, en faisant ressortir leurs forces et leurs faiblesses. On pourra ainsi faire la distinction entre ce qui est « très pertinent », « probablement pertinent » et « probablement pas pertinent » pour le Canada, et déceler les lacunes dans nos connaissances.

3.1 Répercussions sur la santé de la violence entre partenaires intimes

3.1.1 Répercussions sur la santé physique

3.1.1.1 Blessures et mort

Entre 2000 et 2009, et il y a eu 738 homicides commis sur la personne d'un conjoint au Canada, ce qui représente 16 % de tous les homicides résolus et presque la moitié (47 %) de tous les homicides familiaux; les femmes étaient environ trois fois plus susceptibles d'être la victime d'un tel homicide conjugal (Statistique Canada, 2011). En 2010, il y a eu 89 victimes d'homicide commis par un partenaire intime (y compris une simple fréquentation). Cependant, ces types d'homicides suivent une tendance graduellement à la baisse (Statistique Canada, 2011; Hotton Mahoney, 2011). Plus précisément, le taux d'homicide commis par un partenaire intime a chuté de 32 % entre 1980 et 2010 (Hotton Mahoney, 2011). Cette baisse a été attribuée à différents facteurs, dont une amélioration de la situation socio-économique des femmes et la disponibilité accrue de ressources à l'intention des victimes de violence (Dawson et coll. 2009; Pottie Bunge 2002; Dugan et coll. 1999).

Il existe peu d'études comparatives qui ont examiné les différences particulières dans les types de blessures associées à la VPI, comparativement à d'autres causes possibles (comme les blessures non intentionnelles). Cependant, une récente étude systématique et méta-analyse effectuée par des chercheurs de l'université McMaster au Canada a passé en revue toutes les études disponibles comportant des données comparant les types de blessures subies par des personnes exposées et non exposées à la VPI qui se présentaient dans les urgences des hôpitaux (Wu, Huff et Bhandari, 2010). Wu et coll. ont constaté que des types particuliers de blessures pouvaient permettre de distinguer les personnes exposées à la VPI contrairement à des blessures attribuables à d'autres causes; en particulier, certaines blessures à la tête, au cou ou au visage étaient absentes (comme à la suite d'un accident d'automobile); de même, certaines blessures multiples étaient associées à une exposition à la VPI, alors que d'autres blessures au thorax, à l'abdomen, à la région pelvienne ou uniquement aux extrémités ne permettaient pas de différencier les femmes violentées de celles qui ne l'étaient pas (Wu et coll., 2010). Ces résultats sont compatibles avec ceux d'autres études individuelles et non comparatives qui ont également relevé que les blessures à la tête, en particulier à la bouche et aux dents, les lésions oculaires, les marques d'étranglement, les commotions cérébrales, les contusions internes et externes, les fractures et les plaies ouvertes étaient fortement associées aux agressions violentes entre partenaires intimes (OMS, 2005; Fanslow et coll., 1998; Sheridan et Nash, 2007).

Au Canada, les femmes autochtones exposées à la VPI sont plus susceptibles de rapporter avoir subi des blessures que les femmes non autochtones (59 % contre 41 %), et aussi plus susceptibles de rapporter qu'elles craignent pour leur vie (52 % contre 31 %) (Brannen, 2011).

3.1.1.2 Autres problèmes de santé physique

La violence entre partenaires intimes est associée à plusieurs autres problèmes de santé physique, dont la santé génésique ainsi que les maladies chroniques et infectieuses. Dans une étude internationale systématique et méta-analyse réalisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il a été constaté que la VPI, en sus des blessures mentionnées plus haut, était associée aux troubles suivants : syndromes de douleur chronique (voir aussi ci-après), invalidité, fibromyalgie, troubles gastro-intestinaux, syndrome du côlon irritable, troubles du sommeil et

réduction généralisée du fonctionnement physique et de la qualité de la vie liée à la santé (AuCoin et Beauchamp, 2007; OMS, 2005).

La VPI est aussi associée aux troubles gynécologiques, à l'infertilité, aux atteintes inflammatoires pelviennes, aux complications lors de la grossesse et aux fausses couches, à la dysfonction sexuelle, aux maladies transmissibles sexuellement dont le VIH/sida, aux avortements risqués et aux grossesses non désirées (OMS, 2005). Plusieurs études portant sur la VPI pendant la grossesse indiquent qu'elle est étroitement associée au femicide (Campbell et coll., 2003), et qu'elle cause des dommages directs au fœtus, susceptibles de provoquer des naissances prématurées et des bébés ayant des malformations ou un faible poids à la naissance (OMS, 2005; Campbell et coll., 1999; Murphy et coll., 2001; Shah et Shah, 2010; Cokkinides et coll., 1999).

La VPI est associée à des comportements risqués pour la santé, y compris l'abus d'alcool et de drogue, le tabagisme les comportements sexuels à risque et l'inactivité physique (OMS, 2005).

3.1.2 Répercussions sur la santé mentale

La VPI est systématiquement associée à des taux élevés de dépression, à des troubles d'anxiété (notamment l'ESPT), à des troubles du sommeil gravement incapacitants, à des phobies et aux accès de panique, à des troubles psychosomatiques, à des comportements suicidaires et à l'automutilation (voir les études de l'OMS, 2005 et Jordan et coll., 2010). La dépression et l'ESPT sont les problèmes de santé mentale les plus répandus découlant de la VPI, les deux ayant une importante comorbidité (Jordan et coll., 2010, Basile et coll., 2004). Une méta-analyse des études portant sur les victimes féminines de la VPI a estimé que la prévalence moyenne de dépression se situait à 47,6 % et l'état de stress post-traumatique (ESPT), à 63,8 % (de trois à cinq fois et de cinq fois plus élevées que les taux dans la population féminine en général, respectivement) (Golding, 1999). Les sentiments de perte, de honte et de culpabilité, l'humiliation, l'impuissance et la perte de contrôle contribuent à l'affaiblissement de l'estime de soi et à la dépression (OMS, 2005; Astbury et Cabral, 2000), données qui ont aussi été constatées dans l'Enquête sociale générale de 2004 au Canada (AuCoin et Beauchamp, 2007).

D'autres études ont aussi révélé des taux accrus de troubles de l'alimentation, de toxicomanie, de troubles de la personnalité antisociale et de psychose non affective (OMS, 2005; Jordan, 2010; Danielson et coll., 1998; Golding, 1999; Afifi et coll., 2009; Ehrensaft et coll., 2006; Ellsberg et coll., 2008; Golding, 1999).

Chez les femmes autochtones ayant des antécédents de violence, la colonisation et le racisme peuvent contribuer à des taux plus élevés de troubles mentaux comme la dépression et la toxicomanie que chez les femmes non autochtones (MacMillan et coll., 2008; Varcoe et Dick, 2008). Cependant, les données de l'Enquête sociale générale de 2009 au Canada indiquent que l'état de santé physique et mentale tel que rapporté par les femmes autochtones elles-mêmes n'est pas différent de celui rapporté par les femmes non autochtones (Brannen, 2011), même si, comme nous avons dit plus haut, la fréquence et la gravité de leur exposition à la violence sont beaucoup plus grandes.

Puisqu'il y a de plus de en plus de données indiquant que la dépression et l'ESPT causés par la violence ont des répercussions sur la santé physique (Sutherland et coll., 2002; Weaver et Resnick, 2004; Wuest et coll., 2009), il pourrait donc être important de s'attaquer à ces troubles de santé mentale afin de prévenir les problèmes de santé physique comme les douleurs chroniques ou les maladies cardiaques. On a aussi constaté que lorsque la violence diminue ou disparaît, la santé tant physique que mentale s'améliore (Bybee et Sullivan, 2002). Cependant, le simple fait de mettre fin à la relation ne signifie pas que la violence et le harcèlement cessent, comme le montrent les données sur le harcèlement criminel au Canada présentées dans la section 1 (Milligan, 2011). Des données canadiennes récentes indiquent que les intrusions persistantes d'ex-conjoints dans la vie des femmes entraînent des séquelles pour leur santé pendant des années après la fin d'une relation abusive (Wuest et coll., 2009).

3.2 Répercussions des agressions sexuelles sur la santé

Plusieurs des répercussions des agressions sexuelles commises par des non-partenaires sur la santé physique et mentale des victimes sont similaires à celles décrites plus haut, à l'importante différence près que ces agressions prennent en général une forme aiguë comparativement à la nature plus chronique de la VPI, qui prend souvent des formes multiples d'abus et de domination physiques, sexuels et psychologiques. Cet aspect de chronicité explique peut-être pourquoi la plupart des études qui portent surtout sur les répercussions de la victimisation avec violence sur la santé mentale estiment que la VPI a des conséquences plus graves et plus étendues sur ces aspects de la santé des femmes. Cela dit, le type particulier d'agression sexuelle subie par une femme ainsi que tout antécédent de traumatisme et d'abus feront en sorte que la réaction de chaque femme à la victimisation sera unique. Nous présentons ci-dessous des données provenant d'études de haute qualité indiquant les principaux types de séquelles pour la santé découlant des agressions sexuelles commises contre des femmes par des personnes autres que des partenaires intimes.

3.2.1 Répercussions sur la santé physique

Comme l'exprime succinctement le Rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS (Krug et coll., 2002), « *[l]a force physique n'est pas nécessairement employée dans les viols, raison pour laquelle il n'en résulte pas toujours des traumatismes physiques. Il arrive que des viols entraînent la mort, encore que la prévalence de la mortalité varie considérablement d'un endroit à l'autre du monde. Les conséquences pour la santé génésique, la santé mentale et le bien-être social comptent parmi les conséquences les plus courantes de la violence sexuelle* ». (p. 180). Ainsi, alors que les données de l'Enquête sociale générale de 2004 au Canada indiquent que la plupart (93 %) des victimes d'agression sexuelle n'avaient pas subi de blessures corporelles, cela est particulièrement vrai pour les victimes de contacts sexuels (96 %) par rapport aux victimes d'attaque de nature sexuelle (78 %) (Brennan et Taylor-Butts, 2008). Il reste que les données publiées dans le rapport de l'OMS, qui s'est aussi penchée sur les agressions sexuelles commises en situation de guerre, etc., établissent l'existence d'un lien entre ces types d'agression et des problèmes de santé génésique chez les victimes, dont les complications gynécologiques lors de la grossesse (saignements ou infections vaginales, fibromes, baisse du désir sexuel, irritations génitales, douleurs durant les rapports sexuels, douleurs pelviennes chroniques et infections des

voies urinaires), ainsi que les maladies transmissibles sexuellement, dont l'infection par le VIH (Krug et coll., 2002).

3.2.2 Répercussions sur la santé mentale

Les répercussions d'une agression sexuelle sur la santé mentale sont semblables à celles décrites plus haut dans le cas de la VPI, la dépression et l'anxiété, surtout l'ESPT, étant les plus étroitement associés à ce type de victimisation (Krug et coll., 2002). Le rapport de l'OMS, qui examine globalement l'ensemble des types de victimisation avec violence, peu importe l'âge, le sexe, la situation (individuelle, familiale, communautaire) et le pays, ainsi que leurs répercussions sur la santé, fait ressortir l'importance de la stigmatisation sociale et de l'ostracisme qui frappent les femmes agressées, ainsi que les risques de comportement suicidaire qui en découlent.

3.3 Répercussions sur la santé des mauvais traitements et autres traumatismes subis durant l'enfance

3.3.1 Enfants témoins de VPI

Les personnes ayant été témoins de VPI durant leur enfance sont davantage susceptibles de connaître des problèmes d'ordre psychologique, social et comportemental, dont l'anxiété et les troubles de l'humeur (voir ci-dessous), ainsi que des problèmes de toxicomanie et des problèmes scolaires pendant l'enfance et l'adolescence (Gilbert et coll., 2009; Kitzmann et coll., 2003; Evans et coll., 2008; Osofsky, 2003).

Ces problèmes risquent de se perpétuer à l'âge adulte et de faire partie d'un cycle de violence intergénérationnel (Gilbert et coll., 2009; Osofsky, 2003; Dube et coll., 2002; Dumas et coll., 1994); en particulier, les enfants qui sont témoins de violence à la maison sont plus susceptibles de maltraiter leurs propres enfants (Dumas et coll., 1994; Schwartz et coll., 2006) et sont plus susceptibles d'avoir des fréquentations et des relations intimes violentes une fois devenus adultes (soit comme victimes ou comme auteurs de la violence) (Stith et coll., 2000; Ehrensaft et coll., 2003; Carr et VanDeusen, 2002). Les enfants exposés à la VPI courent des risques plus élevés d'être victimes d'autres formes de mauvais traitements (physiques et sexuels) de la part des personnes en ayant la garde (Margolin, 1998; McCloskey et coll., 1995).

3.3.2 Abus sexuel d'enfants

L'exposition à l'ASE est associée à des troubles dans de nombreux domaines, y compris ceux de la santé mentale, de la santé physique, de l'éducation, du comportement criminel et du fonctionnement interpersonnel (Gilbert et coll., 2009; Friesen et coll., 2010), tous ces types de problèmes se chevauchant les uns les autres. Par exemple, une petite fille qui a été victime d'abus sexuel et qui éprouve des problèmes de santé mentale risque aussi d'avoir des difficultés à l'école et des démêlés avec la justice, entre autres conséquences négatives.

Chez les petites filles, l'abus sexuel est associé à des effets négatifs à court et à long terme sur la santé mentale, selon la gravité, la persistance et la présence de facteurs de risque et de protection,

aussi bien génétiques qu'environnementaux (Fergusson et coll., 1996a,b; Banyard et coll., 2001; Putnam, 2003). Fait à noter, les enfants victimes d'abus sexuel courent un risque accru d'être exposés à d'autres types de mauvais traitements, y compris la violence physique et la négligence (Fergusson et Mullen, 1999), et d'être à nouveau victimes d'abus sexuel dans les années qui suivent (Roodman et Clum, 2001). Les facteurs associés à des répercussions plus négatives chez les enfants victimes d'abus sexuel comprennent la gravité des gestes (contact ou rapport sexuel plutôt qu'abus sexuel sans contact), leur fréquence, leur durée et l'existence d'autres types de mauvais traitements (Andrew et coll., 2004).

L'ASE est un facteur de risque non spécifique d'internalisation et d'externalisation des troubles chez les jeunes filles et les femmes adultes; il est associé aux dérèglements neurobiologiques à la fois chez l'enfant et chez l'adulte, y compris aux altérations de l'axe hypothalamique - pituitaire - surrénal (HPS), du système nerveux sympathique et plus récemment, du système immunitaire (Nunes et coll., 2010). Même si les personnes exposées à l'ASE ne développent pas de trouble psychiatrique spécifique, elles risquent de connaître des difficultés touchant la régulation, la maîtrise des impulsions, la somatisation, les distorsions cognitives, l'altération de la perception de soi et des problèmes de socialisation (Putnam, 2003).

Les enfants qui ont été victimes d'abus sexuel peuvent présenter une grande variété de symptômes, y compris l'absence de symptômes (Kendall-Tackett et coll., 1993). Un recensement exhaustif des études portant essentiellement sur un échantillonnage de programmes d'évaluation ou de traitement des cas abus sexuels a permis de constater qu'entre 21 % et 49 % de ceux-ci ne présentaient aucun symptôme au moment de l'évaluation initiale. Les enfants victimes d'abus sexuel présentaient plus de symptômes que les enfants n'ayant pas subi d'abus dans un grand nombre de domaines, dont la dépression, l'ESPT, les troubles somatiques, l'agressivité, les problèmes de comportement et les attitudes à caractère sexuel. Dans deux autres domaines, le comportement suicidaire et la faible estime de soi, on a constaté des différences minimales.

Les répercussions de l'ASE sur la santé mentale continuent de se faire sentir à l'âge adulte (Mullen et coll., 2000; Andrew et coll., 2004). Chez les femmes adultes, tout indique qu'il existe une forte association entre l'ASE et la dépression, l'ESPT, les crises de panique, la dépendance à la drogue et à l'alcool et les tentatives de suicide (Andrew et coll., 2004). Il y a d'autres problèmes de santé mentale reliés à l'ASE comme la somatisation, les troubles de l'alimentation, les troubles de la personnalité et plus récemment, les symptômes psychotiques (Maniglio, 2009; Afifi et coll., 2011). La plupart des études révèlent que même si les effets de l'ASE sur les problèmes de santé mentale sont réduits lorsque le milieu familial est contrôlé, l'ASE demeure toujours fortement associé à un vaste éventail de problèmes de santé mentale à l'âge adulte.

Certaines études indiquent que l'exposition à l'ASE est liée à des risques accrus d'affaiblissement des capacités chez les femmes adultes comparativement aux hommes adultes (MacMillan et coll., 2001; Molnar et coll., 2001), alors que d'autres concluent à l'absence de différence significative (Andrew et coll., 2004) ou que les hommes ont des taux plus élevés de capacités affaiblies dans certains cas (Rhodes et coll., 2011). Il demeure certain toutefois qu'en raison de sa prévalence plus marquée chez les filles, l'ASE est associé à un pourcentage plus élevé d'« années de vie corrigées de l'incapacité » (AVCI) chez les femmes que chez les hommes (Andrew et coll., 2004).

3.4 Multiples formes de violence envers les enfants et d'expériences négatives vécues durant l'enfance

La VPI, la violence sexuelle et la violence envers les enfants se chevauchent souvent dans les familles (Gilbert et coll., 2009; Dong et coll., 2004), et comme nous l'avons mentionné plus haut, de nombreuses études évaluent en même temps les répercussions des multiples formes de violence envers les enfants, dont les abus physiques et sexuels, la négligence et l'exposition à la VPI. Dans les sections qui précèdent, nous avons traité des études qui ont examiné les répercussions des deux types de victimisation avec violence chez les enfants, lesquels font l'objet principal de ce rapport, nous présentons dans la prochaine section un aperçu des principales études qui se sont penchées plus globalement sur les cas de violence envers les enfants et les différents types de répercussions sur la santé aux différents moments de la vie.

Les données de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements (ECIS) de cas de violence et de négligence envers les enfants (ASPC, 2010) indiquent que peu de cas corroborés d'abus impliquent des blessures physiques, qui comptent pour 8 % et dont la majorité des cas (6 %) sont des coupures, des éraflures et des contusions. Lorsqu'on fait la distinction entre les types d'abus, les données indiquent que les abus sexuels sont plus souvent à l'origine de ces blessures (11 %) que le fait d'être témoin de VPI (1 %) (la violence physique à l'origine de 26 % de ces blessures, les mauvais traitements psychologiques, de 5 % et la négligence, de 6 %).

En termes de séquelles psychologiques à court terme, l'ECIS a révélé que 29 % des cas corroborés de mauvais traitements étaient la cause d'une forme ou d'une autre de problème observable aux yeux des chercheurs (sans pour autant avoir fait l'objet d'un diagnostic clinique), dont l'incontinence, les cauchemars et le retrait social. Ventilées selon les types de mauvais traitements, les données indiquent que l'abus sexuel était plus souvent responsable de ce type de sévices (47 %), plus grave, que le fait d'avoir été témoin de VPI (26 %) (les sévices physiques comptaient pour 26 % des sévices psychologiques, 36 % des mauvais traitements psychologiques et 30 % des cas de négligence). L'ECIS n'assure pas de suivi pour évaluer les répercussions à long terme de ces mauvais traitements.

L'étude menée aux États-Unis sur les « expériences négatives vécues durant l'enfance » (ACE)¹ est une étude longitudinale de très vaste portée visant à évaluer les répercussions à l'âge adulte de l'exposition à 10 types de ces expériences, regroupées en trois catégories et vécues durant les 18 premières années de vie des participants. Ces catégories sont les suivantes : 1) abus psychologique, physique ou sexuel; 2) négligence psychologique ou physique; 3) cinq types de dysfonction au foyer : mère violentée; consommation d'alcool ou de drogue à la maison; présence de maladie mentale à la maison; séparation ou divorce des parents; membre de la famille incarcéré. La valeur attribuée à ces « expériences négatives » est calculée en évaluant l'exposition cumulative aux différents types d'expériences. En général, plus la valeur est élevée, plus l'association avec des répercussions négatives pour la santé est marquée.

¹ *Adverse Childhood Experiences*. Voir <http://www.cdc.gov/ace/index.htm> pour des liens aux rapports, résumés, données, méthodes et publications.

Les principales conclusions des diverses analyses portant sur l'étude ACE font état des liens suivants entre l'exposition aux expériences négatives durant l'enfance et la santé à l'âge adulte :

- Santé physique : maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), cardiopathie ischémique (CI), maladie du foie, maladies sexuellement transmissibles (MST), mort foetale et grossesses non désirées durant l'adolescence.
- Santé mentale : dépression, tentatives de suicide, troubles du sommeil et réduction de la qualité de vie liée à la santé.
- Comportements risqués pour la santé : alcoolisme et abus d'alcool, usage illicite de drogue, risque de violence entre partenaires intimes, multiplication des partenaires sexuels, tabagisme et usage précoce du tabac, initiation précoce aux activités sexuelles.

Même si l'échantillon de l'étude américaine est très important (plus de 17 000 participants) et que l'étude est longitudinale, les participants étaient des patients d'une organisation de soins intégrés de santé (HMO) aux États-Unis, de sorte qu'il peut être difficile d'en généraliser les résultats à d'autres groupes, comme les personnes plus démunies ou marginalisées n'ayant pas d'assurance-maladie (dans le contexte des États-Unis), ou à d'autres pays ayant des systèmes de santé différents.

4. Synthèse et conclusions

4.1 Résumé de la preuve

4.1.1 La VPI et ses répercussions sur la santé des femmes et des enfants

- La VPI demeure une importante cause de décès et de blessures touchant les femmes canadiennes et certains groupes, notamment les femmes autochtones, victimes d'actes de violence plus fréquents et plus graves.
- D'autres problèmes de santé physique associés à l'exposition à la VPI comprennent la douleur chronique, l'invalidité, la fibromyalgie, les troubles gastro-intestinaux, le syndrome du côlon irritable, les troubles du sommeil et les réductions généralisées du fonctionnement physique et de la qualité de vie liée à la santé. De récentes études indiquent que la VPI peut être associée aux maladies cardiaques.
- En ce qui a trait à la santé génésique des femmes, la VPI est associée aux troubles gynécologiques, à l'infertilité, à la maladie inflammatoire pelvienne, aux complications durant la grossesse et aux fausses couches, aux dysfonctions sexuelles, aux maladies transmissibles sexuellement y compris le VIH/sida, aux avortements risqués et aux grossesses non désirées.
- La VPI pendant la grossesse est associée au fémicide et aux sévices directs causés au fœtus, ce qui peut entraîner des naissances prématurées ou des bébés de faible poids à la naissance.
- Les conséquences défavorables découlant du fait d'avoir été témoin de VPI durant l'enfance comprennent le risque accru de problèmes psychologiques, sociaux et comportementaux dont

l'anxiété et les troubles d'humeur, ainsi que la toxicomanie et les difficultés scolaires chez les enfants et les adolescents.

- La VPI est associée de manière constante à des taux élevés de dépression, aux troubles d'anxiété (notamment l'ESPT), aux troubles du sommeil persistants, aux phobies et aux crises de panique, aux troubles psychosomatiques, au comportement suicidaire et à l'automutilation, aux troubles alimentaires, à la toxicomanie, aux troubles de la personnalité antisociale et aux psychoses non affectives.
- Chez les femmes autochtones ayant des antécédents de violence, la prévalence de ces troubles, surtout la dépression, peut être plus élevée, même si les femmes autochtones exposées à la violence estiment elles-mêmes que leur santé se situe au même niveau que celle des femmes non autochtones.
- L'exposition à la VPI est associée à des comportements à risque pour la santé, y compris à la consommation excessive d'alcool et de drogue, au tabagisme, aux comportements sexuels à risque et à l'inactivité physique.

4.1.2 Agressions sexuelles de femmes

- La plupart des agressions sexuelles ne causent pas de blessures physiques; cependant, dans l'affirmative, elles peuvent avoir des répercussions sur la santé génésique et causer des complications gynécologiques lors de la grossesse (saignements ou infections vaginales, fibromes, perte de l'appétit sexuel, irritation génitale, douleurs pendant les rapports sexuels, douleurs pelviennes chroniques et infections des voies urinaires), ainsi que des maladies sexuellement transmissibles, y compris l'infection par le VIH.
- Les répercussions des agressions sexuelles sur la santé mentale sont semblables à celles décrites plus haut pour la VPI, la dépression et l'anxiété, surtout l'ESPT, étant les plus directement associés à ce type de victimisation. La stigmatisation peut mener à des taux plus élevés de comportements suicidaires.

4.1.3 Abus sexuels d'enfants

- L'exposition à l'ASE est associée à des troubles dans de nombreux domaines, y compris ceux de la santé mentale, de la santé physique, de l'éducation, du comportement criminel et du fonctionnement interpersonnel.
- Chez les petites filles, l'abus sexuel est associé à des effets négatifs à court et à long terme sur la santé mentale, selon la gravité, la persistance et la présence de facteurs de risque et de protection, aussi bien génétiques qu'environnementaux.
- L'ASE est un facteur de risque non spécifique d'internalisation et d'externalisation des troubles chez les jeunes filles et les femmes adultes; il est associé aux dérèglements neurobiologiques à la fois chez l'enfant et chez l'adulte, y compris aux altérations de l'axe hypothalamique - pituitaire - surrénal (HPS), du système nerveux sympathique et plus récemment, du système immunitaire.

- Les répercussions de l'ASE sur la santé mentale continuent de se faire sentir à l'âge adulte. Chez les femmes adultes, tout indique qu'il existe une forte association entre l'ASE et la dépression, l'ESPT, les crises de panique, la dépendance à la drogue et à l'alcool et les tentatives de suicide.

4.1.4 Formes multiples de violence envers les enfants/expériences négatives vécues durant l'enfance

- L'exposition à de multiples formes de violence envers les enfants entraîne des séquelles psychologiques à court terme, qui se manifestent par des comportements tels que l'incontinence, les cauchemars et le retrait social.
- Les répercussions à plus long terme peuvent être :
 - les troubles de santé physique, dont la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), la cardiopathie ischémique (CI), la maladie du foie, les maladies sexuellement transmissibles (MST), la mort foetale et les grossesses non désirées durant l'adolescence;
 - les troubles de santé mentale, dont la dépression, les tentatives de suicide, les troubles du sommeil et réduction de la qualité de vie liée à la santé;
 - les comportements risqués pour la santé, dont l'alcoolisme et l'abus d'alcool, l'usage illicite de drogue, le risque de violence entre partenaires intimes, la multiplication des partenaires sexuels, le tabagisme et l'usage précoce du tabac, l'initiation précoce aux activités sexuelles.

4.2 Conclusions

De plus en plus de données confirment les liens étroits entre la violence envers les femmes et les enfants et d'importants problèmes de santé physique et mentale en sus des comportements risqués pour la santé. Ceux-ci sont prévalents chez les enfants, les adolescents et les adultes qui ont été victimisés durant l'enfance ou à l'âge adulte. Certains groupes, comme les femmes autochtones au Canada, courent des risques accrus de subir des actes de violence plus fréquents et plus graves entraînant des répercussions plus importantes sur leur santé.

Même si les blessures physiques et la mort comptent parmi les répercussions de la violence sur la santé, ce sont les problèmes de santé mentale à plus long terme qui en sont les conséquences les plus courantes, et ceux-ci à leur tour contribuent à accroître les risques pour la santé ainsi que la probabilité de se livrer soi-même à la violence ou d'en être à nouveau victime ultérieurement. Des recherches plus récentes indiquent aussi que la victimisation avec violence est associée à des maladies chroniques à plus long terme.

Dans le présent rapport, nous avons mis l'accent sur diverses formes de victimisation avec violence chez les femmes et les enfants et les souffrances qui y sont associées, notamment la prévalence, l'incidence et les facteurs de risque de ces types de violence, ainsi que leurs répercussions sur la santé physique et mentale. Nous n'avons pas tenté de résumer l'ensemble des travaux portant sur les interventions en matière de santé ou autres (comme les services sociaux, la justice) touchant ces types de violence, à savoir ce qui pourrait être fait pour les prévenir dès le

point de départ, ou au moins prévenir leur récurrence et réduire les dégâts chez les personnes y ayant été exposées.

Bref, même si l'on en connaît un peu plus dans certains domaines d'intervention (comme la violence envers les enfants, voir MacMillan et coll., 2009b), on possède très peu de données dans d'autres domaines (comme la VPI, voir Wathen et MacMillan, 2003; Ramsay et coll., 2009). Un recensement exhaustif des interventions dépasse le cadre du présent rapport.

Bibliographie

- Afifi TO, MacMillan H, Cox BJ, Asmundson GJ, Stein MB, Sareen J. (2009). Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 1398-417.
- Afifi TO, Mather A, Boman J, Fleisher W, Enns MW, Macmillan H, Sareen J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 814-22.
- Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008: Données principales*. Ottawa.
- Andrew G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. (2004). *Child sexual abuse: Comparative quantification of health risks*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Ansara DL, Hindin MJ. (2010). Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Social Science and Medicine*, 70(7):1011-1018.
- Ard KL, Makadon HJ. (2011). Addressing intimate partner violence in lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *Journal of General Internal Medicine*, 26(8), 930-3.
- Astbury J, Cabral M. (2000). *Women's mental health: An evidenced-based review*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- AuCoin, K., Beauchamp D. 2007. « [Répercussions et conséquences de la victimisation, ESG 2004](#) », *Juristat*, vol. 27, n° 1, produit n° 85-002-XIF au catalogue de Statistique Canada, (site consulté le 25 avril 2012).
<http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/85-002-x2007001-fra.pdf>
- Balsam KF, Lehavot K, Beadnell B. Sexual revictimization and mental health: a comparison of lesbians, gay men, and heterosexual women. (2011). *Journal of Interpersonal Violence*, 26(9), 1798-814.
- Banyard VL, Williams LM, Siegel JA. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 697-715.
- Basile KC, Arias I, Desai S, Thompson MP. (2004). The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5):413-421.

- Black, M.C, Breiding, M.J. (2008). *Adverse Health Conditions and Health Risk Behaviors Associated with Intimate Partner Violence -- United States, 2005*. CDC-MMWR, 57:113-7.
- Brennan, S. (2011). La victimisation avec violence chez les femmes autochtones dans les provinces canadiennes, 2009. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, n° 85-002-X au catalogue, *Juristat*. Consulté le 16 avril 2012 à <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2011001/article/11439-fra.htm>
- Brennan, S., Taylor-Butts, A. (2008). *Les agressions sexuelles au Canada, 2004 et 2007*. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, n° 85F0033M au catalogue, n° 19. Consulté le 6 mars 2012 à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85f0033m/85f0033m2008019-fra.pdf>
- Brownridge, D.A. (2003). Male partner violence against Aboriginal women in Canada: An empirical analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(1):65-83.
- Brownridge, D.A. (2008). Understanding the elevated risk of partner violence against Aboriginal women: A comparison of two nationally representative surveys of Canada. *Journal of Family Violence*.;23(5):353-367.
- Bybee DI, Sullivan CM. (2002). The process through which an advocacy intervention resulted in positive change for battered women over time. *American Journal of Community Psychology*, 30, 103-32.
- Campbell J, Torres S, Ryan J, King C, Campbell DW, Stallings RY et coll. (1999). Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: a multiethnic case-control study. *American Journal of Epidemiology*, 150:714-26.
- Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, et coll. (2003). Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health*, 93:1089-97.
- Carlson BE. (2000). Children exposed to intimate partner violence: research findings and implications for intervention. *Trauma Violence Abuse* 1: 321–40.
- Carr JL, VanDeusen KM. (2002). The relationship between family of origin violence and dating violence in college men. *Journal of Interpersonal Violence*, 17:630-46.
- Centers for Disease Control and Prevention: National Center for Injury Prevention. (2011). *Understanding Intimate Partner Violence: Fact Sheet*. [online]. Disponible à : http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/VPI_factsheet-a.pdf
- Cohen MM, MacLean H. (2004). Violence envers les femmes canadiennes. In : Desmeules M, Stewart D, Kazanjian A, Maclean H, Payne J, Vissandjée B, (dir.) *Rapport de surveillance de*

la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes.
Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

- Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. (1999). Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 93(1), 661-6.
- Danielson KK, Moffitt TE, Caspi A, Silva PA. (1998). Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 155:131-3.
- Dauvergne, M., Turner, J. (2010). Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2009. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *Juristat*, vol. 30, n° 2, produit n° 85-002-X au catalogue. Consulté le 6 mars 2012 à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2010002/article/11292-fra.htm>
- Dawson, M., V. Pottie Bunge et T. Baldé. (2009). National trends in intimate partner homicides: explaining declines in Canada, 1976 to 2001. *Violence Against Women*, 15(3).
- Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, Watts C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 18:158-70.
- Dong M, Anda RF, Felitti VJ et coll. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 28:771-84.
- Doumas D, Margolin G, John RS. (1994). The intergenerational transmission of aggression across three generations. *Journal of Family Violence*, 9:157-75.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Williamson DF. (2002). Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and Victims*, 17:3-17.
- Dugan, L., D. S. Nagin et R. Rosenfield. (1999). Explaining the decline in intimate partner homicide: the effects of changing domesticity, women's status, and domestic violence resources. *Homicide Studies*, 3(3), 187-214.
- Eaton L, Kaufman M, Fuhrel A, et coll. (2008). Examining factors co-existing with interpersonal violence in lesbian relationships. *Journal of Family Violence*, 23(8):697-705.
- Ehrensaft MK, Cohen P, Broso J, Smailes E, Chen H, Johnson JG. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71:741-53.

- Ehrensaft MK, Moffitt TE, Caspi A. (2006). Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? A longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 163:885-92.
- Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. (2008). Équipe de chercheurs de l'Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 371:1165-72.
- Evans SE, Davies C, DiLillo D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggressive and Violent Behavior*, 13:131-40.
- Fanslow JL, Norton RN, Spinola CG. (1998). Indicators of aggression-related injuries among women presenting to the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 32(3 Pt 1):341-8.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. (1996a). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(10):1365-74.
- Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. (1996b). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(10):1355-64.
- Fergusson DM, Mullen PE. (1999). *Childhood Sexual Abuse: An Evidence Based Perspective*. Thousand Oaks, Sage.
- Finkelhor D. (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *Future of Children*, 19(2):169-94.
- Friesen MD, Woodward LJ, Horwood LJ, Fergusson DM. (2010). Childhood exposure to sexual abuse and partnership outcomes at age 30. *Psychological Medicine*, 40(4):679-88.
- Garcia-Moreno C, Watts C. (2011). La violence envers les femmes : une urgence de santé publique. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 89:2.
- Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association*, 275:1915-20.
- Gazmararian JA, Petersen R, Spitz AM, Goodwin MM, Saltzman LE, Marks JS. (2000). Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. *Maternal and Child Health Journal*, 4:79-84.

- Gielen AC, O'Campo PJ, Faden RR, Kass NE, Xue X. (1994). Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing years. *Social Science and Medicine*, 39:781-7.
- Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373:68-81.
- Gilbert R, Fluke J, O'Donnell M, Gonzalez-Izquierdo A, Brownell M, Gulliver P, Janson S, Sidebotham P. (2012). Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries. *Lancet*, 379(9817):758-72.
- Golding JM. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 6:81-95.
- Hegarty KL. (2011). The relationship between abuse and depression. *Nursing Clinics of North America*, 46(4):437-444.
- Henning K, Leitenberg H, Coffey P, Turner T, Bennett RT. (1996). Long-term psychological and social impact of witnessing physical conflict between parents. *Journal of Interpersonal Violence*, 11:35-51.
- Hotton Mahony, T. (2011). L'homicide au Canada, 2010. Statistique Canada, *Juristat*, produit n° 85-002-X au catalogue. Consulté le 20 mars 2012 à <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2011001/article/11561-fra.htm>
- Johnson J, Stewart DE. (2010). DSM-V: toward a gender sensitive approach to psychiatric diagnosis. *Archives of Women's Mental Health*, 13(1):17-19.
- Johnson, H. (2005). Assessing the prevalence of violence against women in Canada. *Statistical Journal of the United Nations Economic Commission for Europe*, 22(3): 225-238.
- Johnson MP (2006). Conflict and control. *Violence Against Women*, 12(11):1003-1018.
- Jordan CE, Campbell R, Follingstad D. (2010). Violence and women's mental health: the impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annu Rev Clin Psychol.*, 6:607-28.
- Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1):164-80.
- Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71:339-52.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (dir.) (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

- Kulkin HS, Williams J, Borne HF, de la Bretonne D, Laurendine J. (2007). A review of research on violence in same-gender couples: a resource for clinicians. *Journal of Homosexuality*, 53(4):71-87.
- Leone JM, Johnson MP, Cohan CL, Lloyd SE. (2004). Consequences of male partner violence for low income minority women. *Journal of Marriage and Family*, 66(2):472-490.
- MacMillan H.L. et coll., (1997). Prevalence of child physical and sexual abuse in the community: Results from the Ontario Health Supplement. *Journal of the American Medical Association*, 278, 2:131-135.
- MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, Duku EK, Walsh CA, Wong MY, Beardslee WR. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158(11):1878-83.
- MacMillan, H.L., Wathen, C.N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L.A., Worster, A., Lent, B, Webb, M. (2006). A randomized trial of approaches to screening for intimate partner violence in health care settings. *Journal of the American Medical Association*, 296(5), 530-536.
- MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA, Wong MY, Faries EJ, McCue H, MacMillan AB, Offord DD; Technical Advisory Committee of the Chiefs of Ontario. (2008). First Nations women's mental health: results from an Ontario survey. *Archives of Women's Mental Health*, 11(2):109-15.
- MacMillan H.L., Wathen C.N., Jamieson E., Boyle M.H., Shannon H., Ford-Gilboe M., Worster A., Lent B., Coben J., Campbell J.C., McNutt L.A. for the McMaster Violence Against Women Research Program. (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings: Results of a multi-site randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 305(5), 493-501.
- MacMillan, H.L., Wathen, C.N., Barlow, J., Fergusson, D.M., Leventhal, J.M., Taussig, H.N. (2009b). Child maltreatment 3: Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet*, 373(9659):250-66.
- Maniglio R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clinical Psychology Reviews*, 29(7):647-57.
- Margolin G. (1998). Effects of witnessing violence on children. In: PK Trickett et CJ Schellenbach (Eds) *Violence against children in the family and the community*. Washington, DC: American Psychological Association, pp 57-102.
- Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. (2001). Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *Journal of the American Medical Association*, 285:1581-4.

- McClennen JC. (2005). Domestic violence between same-gender partners: recent findings and future research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(2), 149-54.
- McCloskey LA, Figueredo AJ, Koss MP. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*, 66:1239-61.
- Milligan, S. (2011). Le harcèlement criminel au Canada, 2009. Statistique Canada, centre canadien de la statistique juridique, *Juristat*, n° 85-005-X au catalogue. Consulté le 6 mars 2012 à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-005-x/2011001/article/11407-fra.htm>
- Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5):753-60.
- Muhajarine N, D'Arcy C. (1999). Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *Canadian Medical Association Journal*, 160(7):1007-11.
- Mullen PE, King NJ, Tonge BJ. (2000). Child sexual abuse: an overview. *Behavior Change*, 17:2-14.
- Murphy CC, Schei B, Myhr TL, et coll. (2001). Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 164:1567-72.
- Nunes SOV, Watanabe MAE, Morimoto HK, Moriya R, Reiche EMV. (2010). Impact of childhood sexual abuse on activation of immunological and neuroendocrine response. *Aggressive and Violent Behavior*, 15(6):440-5.
- Organisation mondiale de la santé (2005). *Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur le plan sanitaire et les réactions des femmes*. Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2011). *Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays. Rapport du secrétariat à la 130^e du Conseil exécutif*. Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la santé /London School of Hygiene and Tropical Medicine. *Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : Intervenir et produire des données*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.
- Osofsky JD. (2003). Prevalence of children's exposure to domestic violence and violence envers les enfants: Implications for prevention and intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6:161-70.
- Perreault S. (2011). La victimisation avec violence chez les Autochtones dans les provinces canadiennes, 2009. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, n° 85-002-

X au catalogue, *Juristat*. Consulté le 6 mars 2011 à <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2011001/article/11415-fra.htm>

- Perreault, S., Brennan, S. (2010). La victimisation criminelle au Canada, 2009. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, n° 85-002-X au catalogue, *Juristat* vol. 30, n° 2. Consulté le 6 mars 2012 à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2010002/article/11340-fra.htm>
- Pottie Bunge, V. (2002). Tendances nationales des homicides entre partenaires intimes, 1974-2000. Statistique Canada, n° 85-002-X au catalogue, *Juristat* vol. 22, n° 5.
- Putnam F. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3):269–278.
- Ramsay J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Feder G, Hegarty K, Rivas C, Taft A, Warburton A. (2009). Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD005043.
- Rhodes AE, Boyle MH, Tonmyr L, Wekerle C, Goodman D, Leslie B, Mironova P, Bethell J, Manion I. (2011). Sex differences in childhood sexual abuse and suicide-related behaviors. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 41(3):235-54.
- Roodman, A. C., et Clum, G. A. (2001). Revictimization rates and method variance: A meta-analysis. *Clinical Psychology Reviews*, 21:183-204.
- Saltzman LE, Johnson CH, Gilbert BC, Goodwin MM (2003). Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states. *Maternal and Child Health Journal*, 7:31-43.
- Schwartz JP, Hage SM, Bush I, Key Burns L. (2006). Unhealthy parenting and potential mediators as contributing factors to future intimate violence: a review of the literature. *Trauma Violence and Abuse*, 7:206-21.
- Scott-Storey K. (2011). Cumulative abuse: do things add up? an evaluation of the conceptualization, operationalization, and methodological approaches in the study of the phenomenon of cumulative abuse. *Trauma, Violence, and Abuse*, 12(3):135-150.
- Shah PS, Shah J; Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. (2010). Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Journal of Womens Health (Larchmont)*, 19:2017-31.
- Sheridan DJ, Nash KR. (2007). Acute injury patterns of intimate partner violence victims. *Trauma Violence and Abuse*, 8(3):281-9.

- Statistique Canada. (1993). *Le quotidien. Enquête sur la violence envers les femmes. Faits saillants*. Ottawa: Statistique Canada, 1–25.
- Statistique Canada (2011). *La violence familiale au Canada : un profil statistique*. Centre canadien de la statistique juridique. Consulté le 6 mars 2012 à : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/120522/dq120522a-fra.htm>
- Stewart DE, Cecutti A. (1993). Physical abuse in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 149(9):1257–63.
- Stith SM, Rosen KH, Middleton KA, Busch AL, Lundeberg K , Carlton RP. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 62:640-54.
- Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2):79-101.
- Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. (2002). Beyond bruises and broken bones: The joint effects of stress and injuries on battered women’s health. *American Journal of Community Psychology*, 30:609-636.
- Tjaden P, Thoennes N. (2000). *Full Report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women*. NCJ 183781. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children’s Bureau. (2010). *Child Maltreatment 2008*. Disponible à http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/index.htm#can.
- Varcoe C, Dick S. (2008). Intersecting risks of violence and HIV for rural and Aboriginal women in a neocolonial Canadian context. *Journal of Aboriginal Health*, 4:42-52.
- Wathen CN, MacMillan HL. (2003). Interventions for violence against women: scientific review. *Journal of the American Medical Association*, ;289:589-600.
- Wathen, C.N., Jamieson, E., MacMillan, H.L. (2008). Who is identified by screening for intimate partner violence? *Women’s Health Issues*, 18(6), 423-432.
- Wathen, C.N., Jamieson, E., Wilson, M., Daly, M., Worster, A., MacMillan, H.L. (2007). Risk indicators to identify intimate partner violence in the emergency department. *Open Medicine*, 1(2), e113-22. Disponible à: <http://www.openmedicine.ca/article/view/63/62>.

Weaver T, Resnick H. (2004). Toward developing complex multivariate models for examining intimate partner violence-physical health relationship. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11):1342-1349.

Wu V, Huff H, Bhandari M. (2010). Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*, 11(2):71-82.

Wuest J, Ford-Gilboe M, Merritt-Gray M, Varcoe C, Lent B, Wilk P, Campbell J. (2009). Abuse-related injury and symptoms of trouble de stress post-traumatique as mechanisms of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *Pain Medicine*, 10(4):739-47.

Annexe 1 : Définitions de troubles de santé mentale

(Tirées du DSM-IV - <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>)

État de stress post-traumatique (ESPT)

Catégorie : Troubles anxieux

Par définition, l'ESPT suit toujours un événement traumatique qui cause chez la personne un intense sentiment de peur ou d'impuissance. En général, les symptômes se manifestent peu après l'événement, mais ce peut aussi être des années plus tard. Pour que ce diagnostic soit posé, il faut que les symptômes durent au moins un mois.

Parmi les symptômes, on compte celui de revivre le traumatisme dans des cauchemars, des pensées obsessionnelles et des flashbacks (se sentir réellement plongée à nouveau dans la situation traumatisante). Il existe aussi un élément d'évitement, par lequel la personne tente d'éviter les situations, les personnes ou les objets qui lui rappellent l'événement traumatisant (par exemple, la personne souffrant d'un ESPT après un grave accident de la route pourra éviter de conduire une voiture ou d'y prendre place). Enfin, la personne souffre d'une anxiété générale accrue, et peut souvent avoir des réactions plus brusques (comme être secoué et effrayé au moindre bruit).

Le pronostic varie de modéré à très bon. Les personnes dont le pronostic est le meilleur sont celles pour qui l'événement traumatique était aiguë ou ne s'est produit qu'une fois (comme un accident de la route) plutôt que celles qui ont souffert d'un traumatisme chronique et persistant (comme des agressions sexuelles répétées ou la guerre).

Trouble dépressif majeur (Dépression unipolaire)

Catégorie : Troubles de l'humeur

Les recherches ont démontré que la dépression pouvait être causée à la fois par des facteurs biologiques et environnementaux. Selon certaines études, les membres de la famille au premier degré de personnes souffrant de dépression sont davantage susceptibles de souffrir de la maladie, qu'ils aient ou non été élevés avec la personne atteinte, ayant à supporter l'influence des facteurs biologiques. Les facteurs situationnels, à eux seuls, peuvent exacerber de façon significative un trouble dépressif. Parmi ces facteurs, on compte l'absence d'un système de soutien, le stress, la maladie ou celle d'une personne aimée, les ennuis d'ordre juridique, les difficultés financières ou les problèmes au travail. Ces facteurs peuvent être cycliques en ce sens que qu'ils peuvent aggraver les symptômes et même devenir des symptômes en eux-mêmes.

Voici quelques symptômes de la dépression :

- humeur déprimée (se sentir triste ou seul)
- intérêt réduit pour les activités qu'on appréciait, troubles du sommeil (sommeil troublé ou sommeil démesurément prolongé)
- perte d'énergie ou réduction significative du niveau d'énergie
- difficulté à se concentrer, à tenir une conversation, à porter attention à l'autre ou à prendre des décisions qui autrefois étaient relativement faciles à prendre

- idées ou intentions suicidaires.

Le trouble dépressif majeur a un meilleur pronostic que d'autres troubles de l'humeur, la médication et la thérapie ayant connu un succès considérable à réduire les symptômes. Cependant, de nombreuses personnes souffrant de ce trouble constatent qu'il peut être épisodique, en ce sens que certains facteurs de stress peuvent se produire de façon épisodique et faire ressurgir les symptômes. Dans ce cas, il est utile de demeurer en relation avec un professionnel de la santé mentale tout comme on le ferait avec un médecin et si on souffrait de diabète ou de tension artérielle élevée.

Abus d'une substance

Catégorie : Troubles liés à une substance

Il est établi que des facteurs génétiques jouent un rôle à la fois en ce qui a trait à la dépendance à une substance et à l'abus d'une substance. D'autres théories indiquent que l'usage de substances est un moyen de camoufler d'autres problèmes ou de les soulager (comme la psychose, les problèmes de relations, le stress), qui font de la dépendance ou de l'abus davantage un symptôme qu'un trouble en lui-même.

La caractéristique essentielle de l'abus d'une substance est un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération marquée du fonctionnement. L'une des manifestations suivantes doit être présente au cours d'une période de 12 mois : (1) usage répété menant à une incapacité de la personne à remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison; (2) usage répété dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (comme la conduite d'un véhicule avec les facultés affaiblies); (3) problèmes juridiques découlant d'un usage répété; (4) importants problèmes sociaux ou interpersonnels causés par l'usage répété de la substance. Les symptômes ne rencontrent pas les critères de la dépendance à une substance car l'abus est un élément faisant partie de ce trouble. Le pronostic est variable. L'abus d'une substance et la dépendance à une substance sont tous les deux difficiles à traiter et le traitement implique souvent un cycle d'abstinence de la substance et de son usage.

Troubles du sommeil : Dyssomnies

Les troubles primaires du sommeil sont divisés en deux sous-catégories : les dyssomnies, qui sont caractérisées par des anomalies de la quantité, de la qualité ou de l'horaire de sommeil, et les parasomnies qui sont caractérisées par des comportements anormaux ou des phénomènes physiologiques associés au sommeil ou aux transitions veille-sommeil. Le terme « primaire » est utilisé pour différencier ces troubles du sommeil d'autres troubles du sommeil causés par des facteurs externes, comme un autre trouble mental, état de santé ou abus d'une substance.

Trouble somatisation

Catégorie : Troubles somatoformes

La cause exacte de ce trouble est inconnue. Les recherches indiquent que des facteurs génétiques ainsi qu'environnementaux peuvent jouer un rôle. Le trouble est caractérisé par des

antécédents de douleurs physiques survenant avant l'âge de 30 ans et persistant pendant plusieurs années. Il doit y avoir une importante altération du fonctionnement ou des conséquences résultant de traitement médical. Après des examens médicaux appropriés, les symptômes rapportés ou du moins la gravité de ces symptômes ne peuvent pas être complètement expliqués. Le traitement nécessite normalement une thérapie à long terme. Il est important qu'un seul et même médecin intervienne car il est fréquent que les sujets consultent plusieurs médecins en même temps. La somatisation est généralement un état chronique mais fluctuant. Il n'y a pas de différence significative dans les taux de mortalité ou de maladie chez les personnes atteintes.