

Rapports sur la santé

Comprendre les expériences de mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance au Canada : quels sont les liens avec les idées suicidaires et les troubles de santé mentale?

par Danielle Bader et Kristyn Frank

Date de diffusion : le 18 septembre 2024



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie, 2024

L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Comprendre les expériences de mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance au Canada : quels sont les liens avec les idées suicidaires et les troubles de santé mentale?

par Danielle Bader et Kristyn Frank

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202400900002-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

La violence physique et sexuelle subie pendant l'enfance est associée aux idées suicidaires et à des troubles de santé mentale. Or, on en sait peu sur les types de mauvais traitements non physiques. La présente étude traite donc des liens entre les types de mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance (p. ex. la violence psychologique, l'agression interpersonnelle, l'exposition à de la violence physique entre partenaires intimes et la négligence psychologique ou physique) et les idées suicidaires et les troubles de santé mentale.

Données et méthodologie

Les données de l'Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés de 2018 ont permis d'estimer la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus au Canada qui ont été victimes de mauvais traitements non physiques pendant leur enfance. Des analyses de régression multivariées ont été utilisées pour examiner les liens entre cinq types de mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance et les idées suicidaires et les troubles de santé mentale.

Résultats

Dans l'ensemble, l'agression interpersonnelle a été la forme de mauvais traitement non physique la plus courante (45,7 %), suivie de la violence psychologique (40,4 %) et de la négligence psychologique (20,0 %). Les personnes ayant été victimes d'une forme quelconque de mauvais traitement non physique pendant leur enfance étaient plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires au cours de leur vie, comparativement aux personnes n'ayant jamais subi de tels traitements. Les personnes ayant été victimes de violence psychologique, d'agression interpersonnelle et de négligence psychologique étaient plus susceptibles de recevoir un diagnostic de trouble de l'humeur que celles n'ayant jamais subi ces types de mauvais traitements. Par ailleurs, comparativement aux personnes n'ayant jamais subi l'un ou l'autre des mauvais traitements à l'étude, celles ayant été victimes de violence psychologique, d'agression interpersonnelle ou de négligence psychologique ou physique étaient plus susceptibles de recevoir un diagnostic de trouble anxieux. Enfin, les diagnostics de troubles de stress post-traumatique étaient plus probables chez les personnes ayant été victimes de négligence psychologique et physique que chez celles n'ayant jamais subi ces types de mauvais traitements.

Interprétation

Il y a un lien entre les mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance et les idées suicidaires et les troubles de santé mentale. Les résultats de la présente étude font ressortir l'importance d'inclure les types de mauvais traitements non physiques infligés aux enfants dans les enquêtes basées sur la population afin de différencier les liens avec les résultats en matière de santé mentale, permettant ainsi une meilleure harmonisation des interventions et des politiques.

Mots-clés

Exposition à de la violence entre partenaires intimes, idées suicidaires, mauvais traitements infligés pendant l'enfance, négligence durant l'enfance, troubles de santé mentale, violence psychologique

AUTEURS

Danielle Bader et Kristyn Frank travaillent à la Division de l'analyse de la santé à Statistique Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- En 2018, 32,3 % des personnes au Canada ont été la cible uniquement de maltraitance non physique durant leur enfance, alors que 23,3 % ont subi de mauvais traitements non physiques et physiques pendant cette période.
- Les types de mauvais traitements physiques infligés aux enfants sont associés à des comportements suicidaires (p. ex. des idées suicidaires, des plans et des tentatives de suicide) et à des troubles de santé mentale.

Ce qu'apporte l'étude

- La présente étude fournit de nouveaux renseignements sur la proportion de personnes ayant été victimes de différents sous-types de mauvais traitements non physiques pendant leur enfance, en particulier de violence psychologique, d'agression interpersonnelle et de négligence psychologique et physique.
- Les résultats de l'étude ont montré que, parmi la population canadienne âgée de 15 ans et plus, il y a un lien entre les idées suicidaires et la violence psychologique, l'agression interpersonnelle, l'exposition à de la violence physique entre partenaires intimes et la négligence psychologique et physique. Par ailleurs, il y a une corrélation entre les diagnostics de troubles de l'humeur et la violence psychologique, l'agression interpersonnelle et la négligence psychologique. Enfin, les troubles anxieux sont associés à la violence émotionnelle, à l'agression interpersonnelle et à la négligence psychologique et physique, tandis que les troubles de stress post-traumatique sont liés à la négligence psychologique et physique.

Au Canada, tous les enfants ont des droits fondamentaux, y compris en ce qui concerne la protection contre la violence physique et psychologique et l'exploitation sexuelle¹. Selon l'estimation la plus complète des mauvais traitements infligés aux enfants au Canada, calculée à l'aide des données de l'Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés (ESEPP) de 2018, on constate que la majorité de la population (59,7 %) a subi *au moins* un type de mauvais traitement (p. ex. de la violence physique, sexuelle ou psychologique, de l'agression interpersonnelle, une exposition à de la violence physique entre partenaires intimes ou de la négligence psychologique ou physique) avant l'âge de 15 ans. Environ le tiers (32,3 %) des personnes ont subi uniquement de mauvais traitements non physiques (p. ex. de la violence psychologique, de l'agression interpersonnelle, une exposition à de la violence physique entre partenaires intimes ou de la négligence psychologique ou physique), alors que plus de 2 personnes sur 10 ont été victimes de mauvais traitements physiques et non physiques². Ces résultats suscitent de nouvelles questions concernant la santé mentale des personnes au Canada ayant subi de mauvais traitements non physiques pendant leur enfance.

Les études épidémiologiques portent principalement sur les types de maltraitance physique des enfants (p. ex. la violence physique et sexuelle est associée à des comportements suicidaires, comme des idées suicidaires et des tentatives de suicide)^{3,4,5,6,7}. Une étude basée sur la population canadienne a révélé un lien entre les idées suicidaires et toutes les formes de violence faite aux enfants (p. ex. la violence physique, la violence sexuelle et l'exposition à de la violence physique entre partenaires intimes), en tenant compte des facteurs sociodémographiques et des troubles de santé mentale (rapport des cotes [RC] : 2,9; intervalle de confiance [IC] : 2,5 à 3,3)³. Par ailleurs, les études montrent

invariablement des corrélations entre les mauvais traitements infligés pendant l'enfance et les troubles de santé mentale, dont les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété généralisée^{3,4,8,9,10}. Plus précisément, certaines données probantes indiquent qu'il y a un lien entre l'exposition à de la violence physique entre partenaires intimes pendant l'enfance et les troubles de santé mentale^{3,4}. La santé mentale est un enjeu de santé publique au Canada, et elle peut être corrélée aux mauvais traitements infligés pendant l'enfance.

Dans l'ensemble, les études canadiennes ayant montré des corrélations entre les mauvais traitements infligés pendant l'enfance et les problèmes de santé mentale (p. ex. les comportements suicidaires et les troubles de santé mentale) portaient surtout sur les types de maltraitance physique. Or, on en sait peu sur les liens avec les types de mauvais traitements non physiques subis pendant l'enfance, plus particulièrement la violence psychologique et la négligence psychologique et physique. Il s'agit de la première étude nationale basée sur la population au Canada à traiter des corrélations entre la violence psychologique et la négligence (psychologique et physique) et les idées suicidaires et les troubles de santé mentale. Dans des cas extrêmes, les mauvais traitements non physiques infligés aux enfants peuvent entraîner des blessures mortelles^{11,12,13,14}.

L'approche axée sur la santé de la population (ASP) laisse entendre que l'environnement dans lequel un enfant grandit crée des conditions propices ou non à la maltraitance¹⁵. D'après l'ASP, les mauvais traitements infligés pendant l'enfance sont attribuables aux déterminants de la santé sur le plan personnel, familial, communautaire et de la société dans l'environnement d'une personne, ainsi qu'à la corrélation entre ces facteurs^{15,16}. L'ASP et les résultats antérieurs révélant les déterminants sociaux liés à la maltraitance des enfants ont permis de déterminer

les variables de contrôle à inclure dans les analyses statistiques aux fins de la présente étude.

L'étude porte sur les personnes ayant déclaré de façon rétrospective avoir subi de mauvais traitements non physiques pendant leur enfance. S'inspirant de l'ASP, les autrices ont examiné les corrélations entre les types de mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance et les idées suicidaires au cours de la vie et les troubles de santé mentale à long terme (p. ex. les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles de stress post-traumatique [TSPT]). L'étude a permis de répondre aux questions suivantes :

1. Quelle proportion de la population canadienne a subi différents types de mauvais traitements non physiques pendant l'enfance?
2. Les personnes ayant subi de mauvais traitements non physiques pendant leur enfance sont-elles plus susceptibles de déclarer avoir des idées suicidaires que les personnes n'ayant pas été victimes des types de mauvais traitements à l'étude?
3. Les personnes ayant subi de mauvais traitements non physiques pendant leur enfance sont-elles plus susceptibles de déclarer avoir des troubles de santé mentale que les personnes n'ayant pas été victimes des types de mauvais traitements à l'étude?

Méthodologie

Données et échantillon

Les données analysées sont tirées de l'Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés (ESEPP) de 2018. L'ESEPP est une enquête menée auprès de la population générale qui permet de recueillir des données rétrospectives au sujet de la violence fondée sur le genre, y compris la violence physique, sexuelle et psychologique faite aux enfants, l'agression interpersonnelle et la négligence psychologique et physique, subie avant l'âge de 15 ans. Les données ont été recueillies d'avril à décembre 2018 auprès de personnes de 15 ans et plus vivant dans les 10 provinces et les 3 territoires du Canada, à l'exclusion des personnes vivant en établissement. Le taux de réponse était de 43,1 % pour les provinces et de 73,2 % pour les territoires. La taille définitive de l'échantillon analytique était de 40 660 répondants. Pour obtenir une description de l'échantillon de l'étude, consulter l'annexe A.

Principales mesures

Parmi les mesures de santé mentale utilisées en tant que variables dépendantes, il y avait les idées suicidaires au cours de la vie, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les TSPT. Les idées suicidaires ont été évaluées au moyen d'une seule question dichotomique qui consistait à demander aux répondants s'ils ont déjà sérieusement songé à se suicider (0 = non; 1 = oui). Les questions sur les problèmes de santé chroniques qui durent depuis

au moins six mois et qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé comprenaient les diagnostics de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et de TSPT. Les réponses aux questions sur les diagnostics de troubles de santé mentale ont été traitées comme des variables binaires (0 = non; 1 = oui, a reçu un diagnostic de trouble de santé mentale).

Les différents types de mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance sont les principales variables indépendantes examinées. Les répondants ont dû répondre à des questions rétrospectives sur leurs expériences de mauvais traitements non physiques pendant leur enfance (c.-à-d. avant l'âge de 15 ans), en particulier de la violence psychologique, de l'exposition à de l'agression interpersonnelle par un parent ou une autre personne responsable d'eux, de l'exposition à de la violence physique entre partenaires intimes, de la négligence psychologique et de la négligence physique. Pour mesurer la violence psychologique, on a tenu compte des personnes qui ont eu une expérience où un parent ou une autre personne responsable d'elles a tenu des propos qui leur ont fait de la peine. Pour mesurer l'exposition à de l'agression interpersonnelle, on a demandé aux répondants s'ils ont vu ou entendu des parents ou d'autres personnes responsables d'eux se dire des choses blessantes ou les dire à un autre adulte dans la maison. Cela comprend l'exposition à de la violence psychologique entre partenaires intimes ainsi que la violence non physique dans d'autres types de relations familiales et non familiales. Pour évaluer la violence physique entre partenaires intimes, on a demandé aux répondants s'ils ont déjà vu ou entendu un parent, un beau-parent ou un tuteur se frapper entre eux ou frapper un autre adulte. La négligence psychologique a été évaluée en demandant aux répondants s'ils se sont déjà sentis mal aimés ou non voulus par un parent ou une autre personne responsable d'eux. Enfin, la négligence physique a été mesurée en tenant compte des cas où les parents n'ont pas répondu aux besoins fondamentaux du répondant, comme le laver, le nourrir ou le vêtir.

Les réponses aux questions sur les mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance ont été mesurées à l'aide d'une échelle ordinale représentant la fréquence d'occurrence (c.-à-d. jamais, 1 ou 2 fois, 3 à 5 fois, 6 à 10 fois, plus de 10 fois). À l'heure actuelle, il n'y a aucune mesure validée permettant de déterminer les seuils pour les types de mauvais traitements non physiques. Aux fins des analyses effectuées dans le cadre de la présente étude, les types de mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance ont été dichotomisés selon l'absence (code 0) ou la présence (au moins une occurrence; code 1) de mauvais traitement, car les réponses ne suivent pas une répartition ordinale (c.-à-d. la relation est non linéaire). Pour tous les types de mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance, on observe une baisse des réponses après la catégorie « 1 ou 2 fois », puis une augmentation pour la catégorie « plus de 10 fois » (voir l'annexe B).

Covariables pour les modèles de régression

En vue d'isoler les relations entre l'expérience de mauvais traitements non physiques pendant l'enfance et les idées suicidaires et les troubles de santé mentale, les modèles de régression tiennent compte des déterminants de la santé liés aux mauvais traitements infligés pendant l'enfance, lesquels ont été présentés dans des études antérieures. Parmi ces déterminants, on retrouve le genre, l'orientation sexuelle, l'âge, l'état matrimonial, le plus haut niveau de scolarité, le revenu personnel à l'âge adulte, la région de naissance, les groupes de population, l'identité autochtone et la situation vis-à-vis de l'incapacité. Souvent, les enfants subissent plusieurs types de mauvais traitements et non un seul^{2,17}; il est donc important que les modèles de régression logistique tiennent également compte de la violence physique ou sexuelle subie. Le présent document montre les résultats du modèle sans la variable de la violence physique ou sexuelle subie (modèle 1) et ceux du modèle qui tient compte de ce type de violence (modèle 2). La violence physique comprend trois éléments : 1) un adulte vous a giflé ou tapé sur la tête ou les oreilles, ou encore vous a frappé avec un objet dur pour vous faire mal; 2) un adulte vous a poussé, agrippé, bousculé ou vous a lancé un objet pour vous faire mal; 3) un adulte vous a donné un coup de pied, mordu, frappé avec le poing, étranglé, brûlé ou attaqué physiquement d'une autre façon. La violence sexuelle comprend deux éléments : 1) un adulte vous a forcé ou a essayé de vous forcer à avoir une activité sexuelle non désirée en vous menaçant, en vous immobilisant ou en vous faisant mal d'une autre façon; 2) un adulte vous a touché contre votre volonté d'une manière sexuelle — cela veut dire tout ce qui va d'un attouchement non désiré à un baiser ou des caresses.

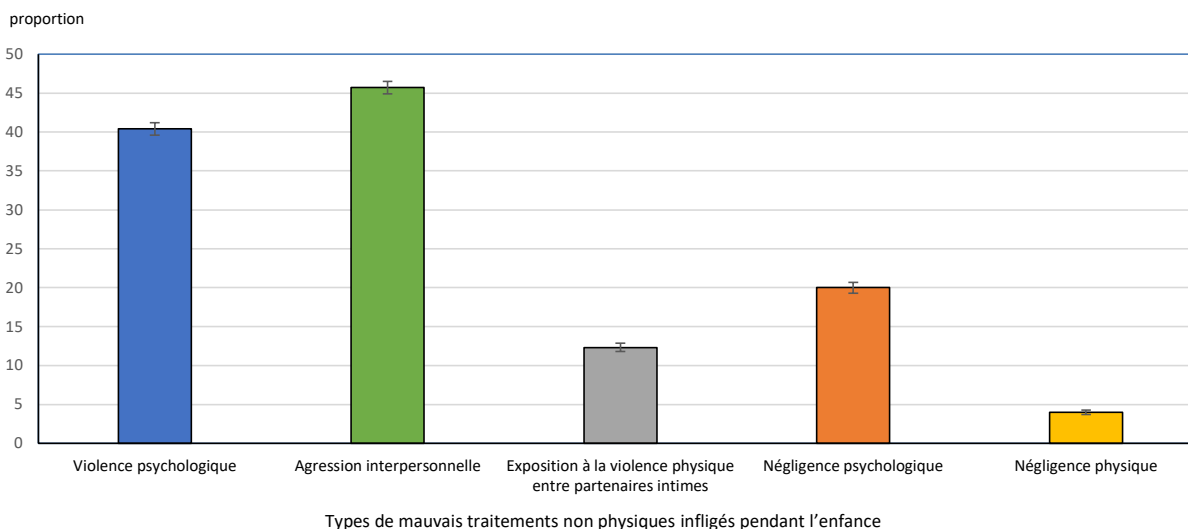
Analyses statistiques

Pour tenir compte du plan de sondage complexe, des poids bootstrap ont été utilisés comme technique d'estimation de la variance. De plus, des poids d'échantillonnage pour l'ESEPP de 2018 ont été appliqués pour que les estimations puissent être généralisées à la population canadienne. Des statistiques descriptives ont été calculées pour chaque type de mauvais traitement non physique. Par la suite, divers modèles de régression logistique binaire ont été estimés pour examiner séparément les corrélations entre les mauvais traitements non physiques subis pendant l'enfance et les idées suicidaires au cours de la vie et les troubles de santé mentale à long terme.

Plus précisément, les variables dépendantes de ces modèles permettent de mesurer les idées suicidaires ainsi que les diagnostics de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et de TSPT. Pour faciliter l'interprétation, les estimations de la régression logistique ont été converties en probabilités prédites et représentées sous forme de graphiques avec les IC de 95 % correspondants. Selon la même approche que celle adoptée dans de précédents travaux de recherche épidémiologique, médicale et dans le domaine de la santé^{18,19,20}, les IC ont été utilisés pour déterminer s'il y avait une différence statistiquement significative entre les estimations des variables principales, puisqu'ils sont plus prudents et significatifs que les valeurs de p.

Graphique 1

Proportion de personnes âgées de 15 ans et plus ayant subi de mauvais traitements non physiques pendant leur enfance au Canada, 2018



Note : Les données sont fondées sur des déclarations rétrospectives.

Source : Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés, 2018.

Résultats

Proportion de personnes ayant subi de mauvais traitements non physiques pendant leur enfance au Canada

La proportion de personnes ayant subi au moins un type de mauvais traitement non physique pendant leur enfance s'élevait à

58,0 % (IC : 57,2 à 58,7). Dans l'ensemble, l'exposition à de l'agression interpersonnelle était le type le plus courant de mauvais traitement non physique infligé pendant l'enfance (45,7 %; IC : 44,9 à 46,5), suivie de la violence psychologique (40,4 %; IC : 39,6 à 41,2), de la négligence psychologique (20,0 %; IC : 19,3 à 20,7), de l'exposition à de la violence physique entre partenaires intimes (12,3 %; IC : 11,8 à 12,9) et de la négligence physique (4,0 %; IC : 3,7 à 4,3).

Tableau 1

Modèles logit binaires servant à prédire la probabilité d'avoir des idées suicidaires et des troubles de santé mentale chez les personnes de 15 ans et plus, selon le type de mauvais traitement non physique infligé pendant l'enfance

	Exposition														
	à de la violence physique														
	Violence psychologique		Agression interpersonnelle		entre partenaires intimes		Négligence psychologique		Négligence physique						
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 % de à		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 % de à		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 % de à		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 % de à		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 % de à	
Trouble de santé mentale															
Pensées suicidaires															
Modèle 1	2,85 ‡	2,56	3,17	2,43 ‡	2,19	2,71	2,59 ‡	2,28	2,94	3,51 ‡	3,16	3,90	2,85 ‡	2,28	3,55
Modèle 2	1,93 ‡	1,70	2,18	1,65 ‡	1,47	1,86	1,55 ‡	1,35	1,79	2,32 ‡	2,05	2,62	1,63 ‡	1,29	2,06
Trouble de l'humeur															
Modèle 1	2,05 ‡	1,81	2,32	1,74 ‡	1,55	1,96	1,66 ‡	1,45	1,91	2,22 ‡	1,96	2,51	1,74 ‡	1,41	2,16
Modèle 2	1,62 ‡	1,42	1,86	1,36 ‡	1,19	1,55	1,21	1,03	1,41	1,75 ‡	1,52	2,01	1,26	1,01	1,58
Trouble anxieux															
Modèle 1	1,72 ‡	1,53	1,93	1,53 ‡	1,36	1,71	1,57 ‡	1,37	1,81	1,89 ‡	1,68	2,12	1,85 ‡	1,49	2,30
Modèle 2	1,42 ‡	1,25	1,61	1,25 ‡	1,11	1,41	1,21	1,04	1,40	1,53 ‡	1,34	1,76	1,41 ‡	1,12	1,77
Trouble de stress post-traumatique															
Modèle 1	1,85 ‡	1,52	2,25	1,47 ‡	1,19	1,81	1,89 ‡	1,56	2,28	2,54 ‡	2,11	3,07	2,65 ‡	2,02	3,46
Modèle 2	1,26	1,00	1,58	0,99	0,78	1,26	1,25	1,00	1,56	1,84 ‡	1,49	2,26	1,75 ‡	1,32	2,32

[‡] valeur significativement différente de celle des personnes n'ayant jamais subi ce type de mauvais traitement non physique pendant leur enfance ($p < 0,05$). Pour les besoins de ces modèles, la valeur de p est calculée à l'aide de l'intervalle de confiance de 95 % fondé sur les probabilités prédites.

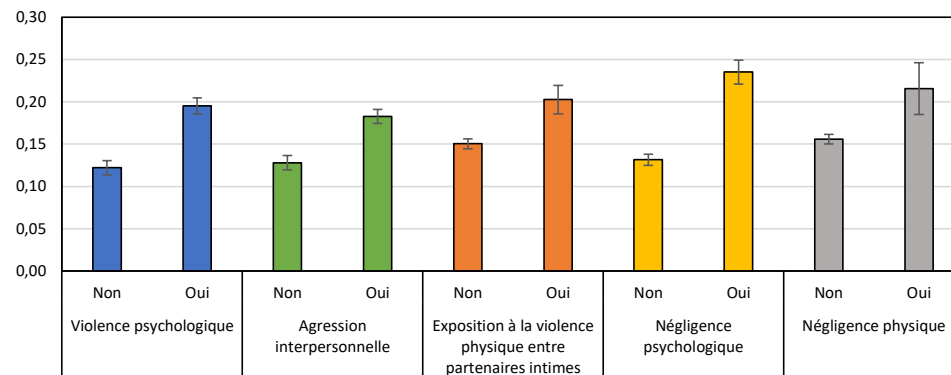
Notes : Les données sont fondées sur des déclarations rétrospectives. Le modèle 1 tient compte des caractéristiques sociodémographiques (genre, groupe d'âge, orientation sexuelle, état matrimonial, niveau de scolarité, revenu, groupes de population et situation vis-à-vis de l'incapacité). Le modèle 2 tient compte des caractéristiques sociodémographiques et de l'expérience de la violence physique ou sexuelle pendant l'enfance.

Source : Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés, 2018.

Graphique 2

Idées suicidaires au cours de la vie chez les personnes de 15 ans et plus, selon le type de mauvais traitement non physique infligé pendant l'enfance

probabilité ajustée



Note : Les données sont fondées sur des déclarations rétrospectives.

Source : Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés, 2018.

Analyses de régression logistique

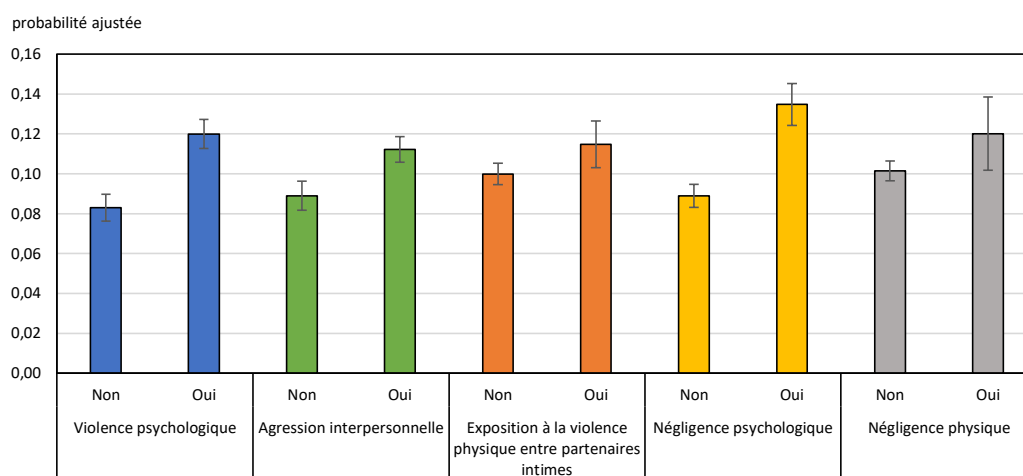
Les cinq types de mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance étaient associés à une probabilité accrue d'avoir des idées suicidaires et tous les troubles de santé mentale à l'étude, en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques (voir « Modèle 1 » dans le tableau 1).

Lorsque la violence physique ou sexuelle était ajoutée aux modèles (voir « Modèle 2 » dans le tableau 1 et les graphiques 2 à 5), certaines différences entre les estimations disparaissaient. D'autres analyses ont été menées en tenant compte des troubles

de santé mentale uniquement dans les modèles prédisant les idées suicidaires et de l'expérience de la violence entre partenaires intimes depuis l'âge de 15 ans (au cours de la vie) dans tous les modèles. Toutefois, la prise en compte des troubles de santé mentale dans les modèles prédisant les idées suicidaires ainsi que de l'expérience de la violence entre partenaires intimes au cours de la vie dans tous les modèles n'a pas entraîné de modification importante des probabilités prédites (données non présentées).

Graphique 3

Diagnostics de troubles de l'humeur chez les personnes de 15 ans et plus, selon le type de mauvais traitement non physique infligé pendant l'enfance

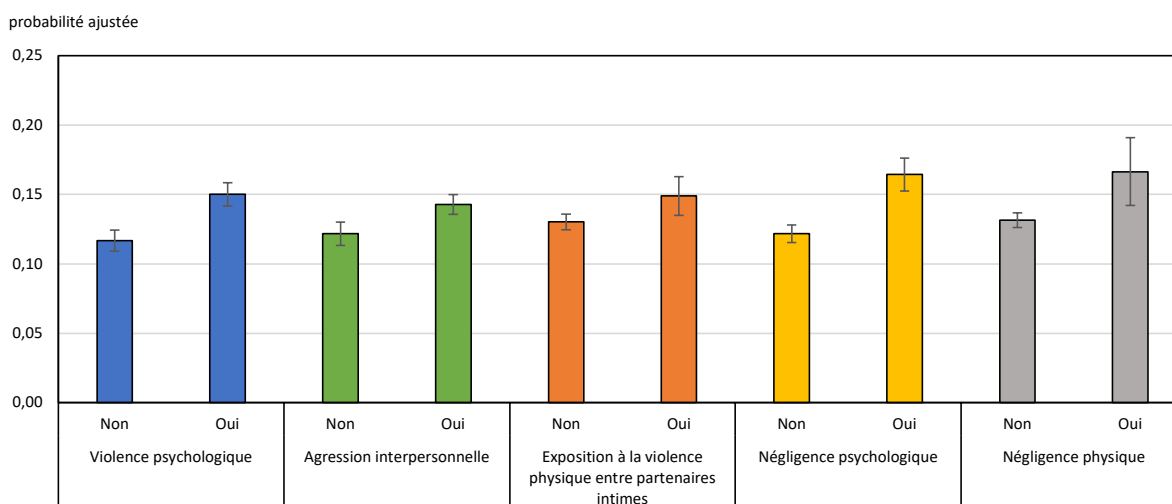


Note : Les données sont fondées sur des déclarations rétrospectives.

Source : Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés, 2018.

Graphique 4

Diagnostics de troubles anxieux chez les personnes de 15 ans et plus, selon le type de mauvais traitement non physique infligé pendant l'enfance

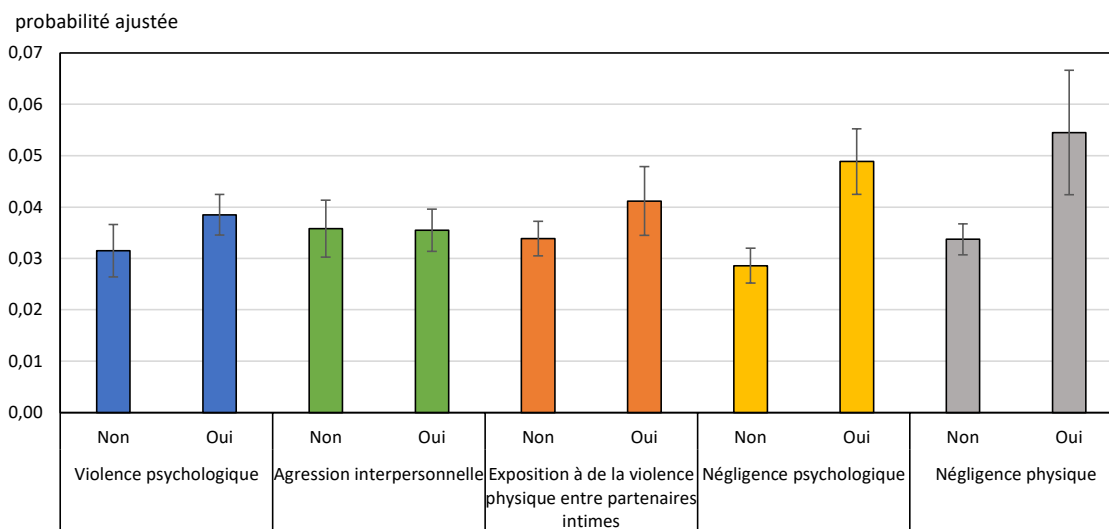


Note : Les données sont fondées sur des déclarations rétrospectives.

Source : Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés, 2018.

Graphique 5

Diagnosics de troubles de stress post-traumatique chez les personnes de 15 ans et plus, selon le type de mauvais traitement non physique infligé pendant l'enfance



Note : Les données sont fondées sur des déclarations rétrospectives.
Source : Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés, 2018.

Les estimations entièrement ajustées de la régression logistique binaire pour les principales variables indépendantes converties en probabilités prédites sont présentées dans les graphiques avec les IC de 95 % correspondants (voir les graphiques 2 à 5). Les probabilités prédites ont été calculées en maintenant les variables de contrôle constantes à des valeurs typiques. Toutes les variables de contrôle étant catégoriques, elles ont été maintenues constantes à leurs proportions.

Le graphique 2 montre que les personnes ayant subi de mauvais traitements non physiques pendant leur enfance étaient plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires que les personnes n'en ayant pas subi. Plus précisément, la probabilité d'avoir des idées suicidaires était plus élevée chez les personnes ayant été victimes de négligence psychologique (0,235; IC : 0,221 à 0,249) que celles n'ayant jamais subi ce type de maltraitance (0,131; IC : 0,125 à 0,138). La probabilité d'avoir des idées suicidaires était aussi plus élevée parmi les personnes ayant subi de la violence psychologique (0,195; IC : 0,185 à 0,205) que parmi celles n'en ayant pas subi (0,122; IC : 0,114 à 0,131).

De plus, on a observé une diminution des probabilités prédites entre le modèle 1 et le modèle 2, ce qui montre l'importance de prendre en compte la cooccurrence de plusieurs types de mauvais traitements infligés aux enfants en vue de comprendre les liens entre les idées suicidaires et les mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance (voir l'annexe C).

La probabilité de recevoir un diagnostic de trouble de l'humeur était plus élevée parmi les personnes ayant subi de la violence psychologique (0,120; IC : 0,113 à 0,127), comparativement à celles n'ayant pas subi ce type de mauvais traitement pendant leur enfance (0,083; IC : 0,076 à 0,090). La probabilité de recevoir un diagnostic de trouble de l'humeur était également plus élevée chez les personnes ayant été exposées à de l'agression

interpersonnelle (0,112; IC : 0,106 à 0,119), comparativement à celles n'y ayant jamais été exposées (0,089; IC : 0,082 à 0,096). Enfin, la probabilité de recevoir un diagnostic de trouble de l'humeur était plus élevée chez les personnes ayant été victimes de négligence psychologique (0,135; IC : 0,124 à 0,145), comparativement aux personnes n'ayant jamais été la cible de ce type de négligence (0,089; IC : 0,083 à 0,095).

Les personnes ayant subi de la violence psychologique étaient plus susceptibles de recevoir un diagnostic de trouble anxieux (0,150; IC : 0,142 à 0,158) que celles n'ayant jamais subi ce type de mauvais traitement (0,117; IC : 0,109 à 0,124). Les personnes exposées à de l'agression interpersonnelle pendant leur enfance étaient, elles aussi, plus susceptibles de recevoir un diagnostic de trouble anxieux (0,143; IC : 0,136 à 0,150) que celles n'y ayant jamais été exposées (0,122; IC : 0,113 à 0,130). La probabilité de recevoir un diagnostic de trouble anxieux était également plus élevée chez les personnes ayant été la cible de négligence psychologique (0,164; IC : 0,153 à 0,176) que chez celles n'en ayant pas été victimes (0,122; IC : 0,115 à 0,128). Enfin, les personnes ayant été la cible de négligence physique étaient beaucoup plus susceptibles de recevoir un diagnostic de trouble anxieux (0,166; IC : 0,142 à 0,191) que celles n'ayant jamais subi ce type de mauvais traitement (0,131; IC : 0,126 à 0,137).

La probabilité de recevoir un diagnostic de TSPT était plus élevée chez les personnes ayant été la cible de négligence psychologique (0,049; IC : 0,042 à 0,055) que chez celles n'ayant jamais subi ce type de mauvais traitement (0,029; IC : 0,025 à 0,032). Il en va de même pour les personnes ayant été victimes de négligence physique, qui étaient plus susceptibles de recevoir un diagnostic de TSPT (0,054; IC : 0,042 à 0,067) que les personnes n'ayant jamais subi ce type de négligence (0,034; IC : 0,031 à 0,037).

Discussion

Le premier objectif de la présente étude était de présenter la proportion de la population canadienne qui a subi différents types de mauvais traitements non physiques pendant l'enfance. Dans l'ensemble, la majorité (58,0 %) des personnes âgées de 15 ans et plus vivant dans les 10 provinces et les 3 territoires ont subi au moins un type de mauvais traitement non physique avant l'âge de 15 ans. Même si cette proportion de personnes ayant subi un mauvais traitement non physique est semblable aux constatations faites dans une autre étude reposant sur des données autodéclarées sur la victimisation²¹, on ne peut pas faire une comparaison directe des estimations, car l'étude antérieure englobait également les châtimements corporels.

Le type le plus courant de mauvais traitement non physique était l'exposition à de l'agression interpersonnelle (45,7 %), suivie de la violence psychologique (40,4 %), de la négligence psychologique (20,0 %), de l'exposition à de la violence physique entre partenaires intimes (12,3 %) et de la négligence physique (4,0 %). Bien que chaque type de mauvais traitement soit déclaré séparément, il est important de tenir compte du fait que certaines personnes ont subi plus d'un type de mauvais traitement. Or, les estimations des mauvais traitements non physiques infligés aux enfants varient grandement d'une étude de recherche à une autre. Ces variations s'expliquent par les différentes définitions et mises en application des types précis de mauvais traitements, le nombre d'éléments et de seuils utilisés pour établir la présence d'un mauvais traitement, la population (p. ex. population générale ou échantillons cliniques), les caractéristiques de l'échantillon les types de questions posées, le type de déclaration (p. ex. autodéclaration des enfants, des jeunes ou des adultes, les données administratives), et la période au cours de laquelle les expériences ont eu lieu (p. ex. de 0 à 15 ans, à 16 ans ou à 18 ans; l'année précédente). Par exemple, un examen systématique a montré que, dans l'ensemble, la prévalence de la violence psychologique variait entre 6,5 % et 53,8 %, alors que celle de la négligence (psychologique et physique) variait entre 1,6 % et 67,3 %²². Dans une autre méta-analyse qui combinait des mesures autodéclarées de la violence psychologique, de la négligence psychologique et de la négligence physique infligée aux enfants avant l'âge de 18 ans, on estimait que la prévalence de ces mauvais traitements se situait à 36,3 %, à 18,4 % et à 16,3 %, respectivement²³. Toutefois, les recherches laissent entendre qu'il y a une forte cooccurrence entre la violence psychologique faite aux enfants et les autres types de mauvais traitements^{2,3,17}, ce qui pourrait être indicateur d'une éducation dysfonctionnelle, et, dans ce cas, une enquête par une agence de protection de l'enfance peut s'avérer nécessaire²⁴.

Le deuxième objectif de l'étude était d'examiner si différents types de mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance étaient associés aux idées suicidaires. Les personnes ayant subi de la violence psychologique, de l'agression interpersonnelle, de la négligence psychologique ou physique ou ayant été exposées à de la violence physique entre partenaires intimes étaient plus susceptibles de déclarer avoir des idées

suicidaires que celles n'ayant jamais subi l'un de ces types de mauvais traitements. Dans l'ensemble, les résultats de la présente étude correspondent à ceux des recherches antérieures qui montrent que l'expérience de types de mauvais traitements non physiques pendant l'enfance augmente le risque d'idées suicidaires^{25,26}. D'après le modèle théorique du suicide à trois étapes, les personnes qui éprouvent de la douleur, accompagnée d'un sentiment de désespoir, pourraient commencer à réfléchir au suicide ou à avoir une volonté modérée de se suicider si elles ne peuvent envisager une amélioration de leur situation²⁷.

Le dernier objectif de la présente étude était d'examiner si différents types de mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance étaient associés à des troubles de santé mentale. Les personnes ayant subi de la violence psychologique, de l'agression interpersonnelle ou de la négligence psychologique pendant leur enfance étaient plus susceptibles de recevoir un diagnostic de trouble de l'humeur, comparativement aux personnes n'ayant jamais été la cible de ces types de mauvais traitements. Le fait de recevoir un diagnostic de trouble anxieux était associé à des expériences de violence psychologique, d'agression interpersonnelle et de négligence psychologique ou physique pendant l'enfance. Enfin, les personnes ayant été victimes de négligence psychologique ou physique avant l'âge de 15 ans étaient plus susceptibles de recevoir un diagnostic de TSPT. Malgré les différentes définitions de la violence psychologique et de la négligence psychologique, ces résultats concordent avec ceux d'une étude antérieure qui a révélé un éventail de troubles mentaux parmi les personnes de la population générale aux États-Unis ayant subi uniquement de la violence psychologique, uniquement de la négligence psychologique ou ces deux types de mauvais traitements pendant leur enfance²⁴. Bien que d'importants travaux de recherche aient été menés sur la corrélation entre les troubles de santé mentale et la violence sexuelle et physique, il est possible que la maltraitance de type émotif ou psychologique soit à l'origine de tous les autres types de mauvais traitements, ce qui pourrait avoir des conséquences égales ou supérieures à celles découlant de la violence sexuelle ou physique^{28,29}.

Dans l'ensemble, la présente étude a montré que les cinq types de mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance étaient associés aux idées suicidaires. De plus, certains types de mauvais traitements non physiques étaient aussi associés à des troubles de santé mentale. De telles constatations n'ont jamais été faites auparavant pour la population générale du Canada. Ces résultats, qui cadrent avec l'ASP¹⁵, mettent en évidence l'importance d'élargir la définition des mauvais traitements infligés pendant l'enfance dans les enquêtes basées sur la population de sorte à inclure les types de mauvais traitements non physiques. Cela permettra d'examiner de façon plus approfondie la prévalence de ces mauvais traitements et leurs corrélations avec les problèmes de santé physique et mentale.

Limites et points forts

L'ESEPP est une enquête transversale, ce qui signifie qu'on ne sait pas quand les répondants ont eu des idées suicidaires ou ont reçu un diagnostic de trouble de santé mentale. Ces résultats ne peuvent donc pas servir à tirer des conclusions sur le lien de causalité. Le volet portant sur l'agression interpersonnelle est vaste; il comprend l'exposition à de la violence psychologique entre partenaires intimes ainsi qu'à de la violence non physique dans d'autres types de relations familiales et non familiales. Les futures recherches devraient dissocier l'exposition à de la violence psychologique entre partenaires intimes, car elle peut coexister avec l'exposition à de la violence physique entre partenaires intimes et avoir des effets négatifs sur le développement de l'enfant^{30,31}.

Des études antérieures ont montré une forte corrélation entre l'expérience de mauvais traitements pendant l'enfance et la consommation de substances psychoactives³. Toutefois, les personnes ayant subi de la violence psychologique ou ayant été exposées à de la violence physique entre partenaires intimes n'ont pas eu à répondre à des questions concernant la consommation de substances psychoactives pour faire face à la violence subie au cours de leur vie. Puisque la consommation de substances psychoactives est souvent associée à l'exposition à de la violence physique entre partenaires intimes pendant l'enfance^{3,4}, il serait important que des questions à cet égard ainsi que des questions sur d'autres capacités d'adaptation soient incluses dans les collectes de données futures portant sur les mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance. Certaines données ont montré une relation dose-réponse (c.-à-d. une exposition accrue selon le nombre de types de mauvais traitements ou la fréquence) entre les mauvais traitements infligés pendant l'enfance et les troubles de santé mentale^{3,32}. Cependant, dans le cadre de la présente étude, on a dichotomisé le fait de savoir si le répondant a subi chacun des types de mauvais traitements non physiques, car il n'y a aucune mesure validée permettant de déterminer les seuils pour les types de mauvais traitements non physiques. La répartition des réponses pour tous les types de mauvais traitements était donc bimodale. Par conséquent, il se peut que des renseignements importants sur la fréquence et la gravité des mauvais traitements soient manquants.

Comparativement à la déclaration prospective, il se peut que les données autodéclarées sur la victimisation soient biaisées, car elles sont subjectives, donnent lieu à l'interprétation ou sont fondées sur le souvenir d'une situation. Toutefois, la gravité ou l'importance d'un événement est un facteur important en ce qui concerne le fait de se souvenir d'expériences négatives^{33,34}. De plus, la dépression est associée à un biais de mémoire négatif, correspondant à l'hypothèse de congruence à l'humeur, selon laquelle les renseignements congruents à l'humeur sont plus facilement accessibles que les renseignements non congruents à l'humeur^{35,36}. Par conséquent, une étude a révélé que les personnes en dépression ou dans une détresse psychologique

accrue pendant la période de collecte des données étaient plus susceptibles de déclarer de nouvelles expériences négatives vécues pendant l'enfance qu'elles n'avaient pas déclaré 12 ans auparavant³⁷.

Le but du présent article était de déterminer s'il y avait des corrélations entre les types de mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance et le fait d'avoir des idées suicidaires ou des troubles de santé mentale. L'examen de la fréquence et de la gravité dépassait donc la portée de l'article. Toutefois, les résultats montrent que des estimations prudentes des mauvais traitements non physiques sont associées de façon importante aux idées suicidaires et à certains troubles de santé mentale. Par conséquent, il sera important que les travaux de recherche futurs traitent de la fréquence et du nombre de types de mauvais traitements subis, car les types de mauvais traitements non physiques infligés pendant l'enfance ont tendance à être chroniques³⁸ et à être accompagnés de maltraitance physique^{2,3,17,39}.

Malgré les limites dont il a été question précédemment, la présente étude comporte des points forts importants. L'ESEPP de 2018 reposait sur une définition large des mauvais traitements infligés pendant l'enfance et a permis de recueillir des renseignements concernant cinq sous-types différents, dont certains n'avaient pas encore été examinés au niveau de la population au Canada. Les territoires étaient inclus dans la base de sondage de l'enquête, ce qui constitue un atout, puisque les personnes qui vivent dans ces régions géographiques sont souvent exclues des enquêtes nationales menées auprès des ménages pour recueillir ce type d'information (p. ex. la composante sur la santé mentale de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012). Ces résultats sont donc représentatifs de l'ensemble de la population canadienne. Enfin, le recours à une grande source de données représentatives nationales a permis d'inclure diverses covariables qui cadrent avec l'ASP. Cela a aussi permis de déterminer si les idées suicidaires et les troubles de santé mentale sont associés aux cinq sous-types de mauvais traitements non physiques pendant l'enfance.

Conclusion

La majorité de la population canadienne âgée de 15 ans et plus a subi au moins un type de mauvais traitement non physique pendant l'enfance (violence psychologique, exposition à de la violence physique entre partenaires intimes ou négligence physique). De plus, on a observé des liens entre les cinq types de mauvais traitements non physiques pendant l'enfance et les idées suicidaires. Certains troubles de santé mentale ont aussi été associés aux mauvais traitements non physiques pendant l'enfance. Ces constatations laissent à penser qu'il est important que les professionnels de la santé mentale et les cliniciens travaillent avec la population adulte, ainsi que les enseignants et le personnel des services de garde d'enfants, soient mis au

courant de toute violence psychologique, agression interpersonnelle, exposition à de la violence physique entre partenaires intimes, négligence psychologique et négligence physique.

Remerciement

Ce document a été financé par Femmes et Égalité des genres Canada.

Annexe A

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de l'étude

	Proportion (%)	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à
Genre			
Hommes	49,1	48,8	49,3
Femmes	50,9	50,7	51,2
Orientation sexuelle			
Hétérosexuel	96,3	96,0	96,7
LGB+	3,7	3,3	4,0
Âge			
15 à 29 ans	23,6	23,4	23,9
30 à 39 ans	17,2	17,0	17,4
40 à 49 ans	15,4	15,2	15,6
50 à 59 ans	16,8	16,6	17,0
60 à 69 ans	14,0	13,9	14,2
70 à 79 ans	8,5	8,4	8,7
80 ans et plus	4,4	4,3	4,5
Niveau de scolarité			
Sans de diplôme d'études secondaires	12,3	11,9	12,8
Diplôme d'études secondaires ou équivalent	25,2	24,6	25,9
Certificat d'une école de métiers, d'un collège ou d'une université	32,9	32,2	33,6
Grade universitaire	29,5	28,8	30,2
Revenu personnel			
Jusqu'à 19 999 \$	6,2	5,8	6,6
20 000 \$ à 59 999 \$	26,3	25,6	26,9
60 000 \$ à 99 999 \$	23,9	23,2	24,5
100 000 \$ à 149 999 \$	20,7	20,1	21,4
150 000 \$ et plus	23,0	22,3	23,7
État matrimonial			
Marié(e) ou en union libre	60,2	59,5	60,9
Séparé(e) ou divorcé(e)	7,7	7,3	8,0
Veuf(ve)	4,8	4,6	5,1
Célibataire/jamais marié(e)	27,3	26,7	27,9
Lieu de naissance			
Colombie-Britannique	7,3	7,0	7,5
Alberta	7,3	7,0	7,6
Saskatchewan	3,6	3,5	3,8
Manitoba	3,4	3,2	3,5
Québec	20,3	19,9	20,7
Ontario	25,5	24,8	26,1
Provinces de l'Atlantique	7,1	6,9	7,3
Territoires	0,2 [†]	0,2	0,3
À l'extérieur du Canada	25,4	24,6	26,1
Groupe de population			
Autochtone	3,0	2,8	3,3
Noir	2,7	2,4	3,0
Non-Autochtone, non racisé	75,7	74,9	76,4
Situation vis-à-vis de l'incapacité			
Non, n'a pas d'incapacité	65,1	64,3	65,8
Oui, a une incapacité	34,9	34,2	35,7
Trouble de santé mentale			
Idées suicidaires	15,8	15,2	16,4
Trouble de l'humeur	10,3	9,8	10,8
Trouble anxieux	13,3	12,8	13,9
Trouble de stress post-traumatique	3,6	3,3	3,9
A subi de mauvais traitements physiques pendant l'enfance			
Oui, a été victime de violence physique ou sexuelle	20,1	19,5	20,7
Oui, a été victime de violence physique et sexuelle	4,2	3,9	4,5

[†] Cette valeur semble empiéter sur la limite inférieure de l'intervalle de confiance de 95 %; toutefois, la valeur réelle est de 0,24.

Note : LGB+ désigne les personnes ayant déclaré être lesbiennes, gaies ou bisexuelles ou avoir une orientation sexuelle autre que l'hétérosexualité.

Source : Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés, 2018.

Annexe B

Répartition des réponses pour chaque type de mauvais traitement non physique infligé pendant l'enfance

	Exposition à de la violence physique entre														
	Violence psychologique			Agression interpersonnelle			partenaires intimes			Négligence psychologique			Négligence physique		
	Intervalle de confiance de			Intervalle de confiance de			Intervalle de confiance de			Intervalle de confiance de			Intervalle de confiance de		
	95 %			95 %			95 %			95 %			95 %		
	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à
1 ou 2 fois	15,8	15,2	16,4	16,5	15,9	17,1	6,2	5,9	6,6	6,9	6,5	7,4	1,3	1,1	1,5
3 à 5 fois	7,9	7,4	8,3	8,5	8,0	9,0	2,5	2,3	2,8	3,4	3,1	3,7	0,6	0,5	0,7
6 à 10 fois	3,7	3,4	4,1	4,0	3,7	4,3	0,9	0,8	1,0	1,7	1,5	2,0	0,4	0,3	0,5
Plus de 10 fois	13,0	12,5	13,6	16,7	16,2	17,3	2,6	2,4	2,9	7,9	7,5	8,4	1,8	1,6	2,0

Note : Les données sont fondées sur des déclarations rétrospectives.

Source : Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés, 2018.

Annexe C

Modèles logit binaires servant à prédire la probabilité d'avoir des idées suicidaires ou un trouble de santé mentale chez les personnes de 15 ans et plus, selon le type de mauvais traitement non physique infligé pendant l'enfance

	Exposition à la violence physique entre partenaires intimes																	
	Violence psychologique						Agression interpersonnelle											
	Non			Oui			Non			Oui			Non			Oui		
	Intervalle de confiance de			Intervalle de			Intervalle de			Intervalle de			Intervalle de			Intervalle de		
	95 %			confiance de 95 %			confiance de 95 %			confiance de 95 %			95 %			95 %		
Trouble de santé mentale	Marges	de	à	Marges	de	à	Marges	de	à	Marges	de	à	Marges	de	à	Marges	de	à
Pensées suicidaires																		
Modèle 1	0,10	0,10	0,11	0,23	0,22	0,24	0,11	0,10	0,11	0,21	0,20	0,22	0,14	0,14	0,15	0,27	0,25	0,29
Modèle 2	0,12	0,11	0,13	0,20	0,19	0,21	0,13	0,12	0,14	0,18	0,17	0,19	0,15	0,14	0,16	0,20	0,19	0,22
Trouble de l'humeur																		
Modèle 1	0,08	0,07	0,08	0,13	0,12	0,14	0,08	0,07	0,09	0,12	0,12	0,13	0,10	0,09	0,10	0,14	0,13	0,15
Modèle 2	0,08	0,08	0,09	0,12	0,11	0,13	0,09	0,08	0,10	0,11	0,11	0,12	0,10	0,10	0,11	0,12	0,10	0,13
Trouble anxieux																		
Modèle 1	0,11	0,10	0,12	0,16	0,15	0,17	0,11	0,10	0,12	0,15	0,15	0,16	0,13	0,12	0,13	0,17	0,16	0,19
Modèle 2	0,12	0,11	0,12	0,15	0,14	0,16	0,12	0,11	0,13	0,14	0,14	0,15	0,13	0,13	0,14	0,15	0,14	0,16
Trouble de stress post-traumatique																		
Modèle 1	0,03	0,02	0,03	0,05	0,04	0,05	0,03	0,03	0,03	0,04	0,04	0,05	0,03	0,03	0,03	0,06	0,05	0,06
Modèle 2	0,03	0,03	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,03	0,04	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,04	0,04	0,03	0,05

Notes : Les données sont fondées sur des déclarations rétrospectives. Les probabilités prédites comportent trois décimales en raison des petites estimations pour le trouble de stress post-traumatique. Le modèle 1 tient compte des facteurs sociodémographiques (genre, orientation sexuelle, groupe d'âge, état matrimonial, niveau de scolarité, groupes de population et situation vis-à-vis de l'incapacité). Le modèle 2 tient compte des facteurs sociodémographiques ainsi que de l'expérience de la violence physique ou sexuelle pendant l'enfance.

Source : Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés, 2018.

Annexe C

Modèles logit binaires servant à prédire la probabilité d'avoir des idées suicidaires ou un trouble de santé mentale chez les personnes de 15 ans et plus, selon le type de mauvais traitement non physique infligé pendant l'enfance (suite)

	Négligence psychologique						Négligence physique					
	Non			Oui			Non			Oui		
	Intervalle de confiance de			Intervalle de confiance de			Intervalle de confiance de			Intervalle de confiance de		
	95 %			95 %			95 %			95 %		
	Marges	de	à	Marges	de	à	Marges	de	à	Marges	de	à
Trouble de santé mentale												
Pensées suicidaires												
Modèle 1	0,12	0,11	0,13	0,29	0,28	0,30	0,15	0,15	0,16	0,30	0,27	0,34
Modèle 2	0,13	0,13	0,14	0,24	0,22	0,25	0,16	0,15	0,16	0,22	0,19	0,25
Trouble de l'humeur												
Modèle 1	0,08	0,08	0,09	0,15	0,14	0,16	0,10	0,10	0,11	0,15	0,13	0,17
Modèle 2	0,09	0,08	0,10	0,14	0,12	0,15	0,10	0,10	0,11	0,12	0,10	0,14
Trouble anxieux												
Modèle 1	0,12	0,11	0,12	0,18	0,17	0,19	0,13	0,13	0,14	0,20	0,17	0,22
Modèle 2	0,12	0,12	0,13	0,16	0,15	0,18	0,13	0,13	0,14	0,17	0,14	0,19
Trouble de stress post-traumatique												
Modèle 1	0,03	0,02	0,03	0,06	0,05	0,07	0,03	0,03	0,04	0,08	0,06	0,09
Modèle 2	0,03	0,03	0,03	0,05	0,04	0,06	0,03	0,03	0,04	0,05	0,04	0,07

Notes : Les données sont fondées sur des déclarations rétrospectives. Les probabilités prédites comportent trois décimales en raison des petites estimations pour le trouble de stress post-traumatique. Le modèle 1 tient compte des facteurs sociodémographiques (genre, orientation sexuelle, groupe d'âge, état matrimonial, niveau de scolarité, groupes de population et situation vis-à-vis de l'incapacité). Le modèle 2 tient compte des facteurs sociodémographiques ainsi que de l'expérience de la violence physique ou sexuelle pendant l'enfance.

Source : Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés, 2018.

Références

- Nations Unies. *Convention relative aux droits de l'enfant*. Disponible au lien suivant : <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/crc.pdf> (consulté le 22 mai 2024).
- Bader, D., et K. Frank. (2023). Que savons-nous sur les mauvais traitements physiques et non physiques infligés pendant l'enfance au Canada? *Rapports économiques et sociaux*, vol. 3, n° 1. DOI : <https://doi.org/10.25318/36280001202300100001-fra>.
- Afifi, T., H. MacMillan, M. Boyle et coll. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 186, n° 9, p. E324 à E332.
- Meng, X., et C. D'Arcy. (2016). Gender moderates the relationship between childhood abuse and internalizing and substance use disorders later in life: A cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*, vol. 16, n° 1, p. 1 à 13.
- Martin, M., J. Dykxhoorn, T. Afifi et I. Colman. (2016). Child abuse and the prevalence of suicide attempts among those reporting suicide ideation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 51, n° 11, p. 1477 à 1484.
- Afifi, T., H. MacMillan, T. Taillieu et coll. (2016) Individual- and relationship-level factors related to better mental health outcomes following child abuse: Results from a nationally representative sample. *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 61, n° 12, p. 776 à 788.
- Harford, T., H. Yi et B. Grant. (2014). Associations between childhood abuse and interpersonal aggression and suicide attempt among U.S. adults in a national study. *Child Abuse & Neglect*, vol. 38, n° 8, p. 1389 à 1398.
- Gardner, M., H. Thomas et H. Erskine. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, vol. 96, n° 104082, p. 1 à 19.
- Lindert, J., O.S. von Ehrenstein, R. Grashow et coll. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, vol. 59, n° 2, p. 359 à 372.
- Afifi, T., J. Boman, W. Fleisher et J. Sareen. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect*, vol. 33, n° 3, p. 139 à 147.
- D'arcy-Bewick, S., A. Terracciano, N. Turiano et coll. (2022). Childhood abuse and neglect, and mortality risk in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, vol. 134, n° 105922.
- Children's Bureau (Administration on Children, Youth and Families; Administration for Children and Families). (2023). *Child Maltreatment 2021*. Département de la Santé et des Services sociaux, Washington (D.C.), Children's Bureau, Département de la Santé et des Services sociaux.
- Jaffe, P., M. Campbell, L. Hamilton et M. Judois. (2012). Children in danger of domestic homicide. *Child Abuse & Neglect*, vol. 36, n° 1, p. 71 à 74.
- Dawson, M., D. Sutton, P. Jaffe et coll. *Un seul, c'est déjà trop : 10 ans d'homicides familiaux au Canada*. Disponible au lien suivant : https://www.cdhipi.ca/sites/cdhipi.ca/files/fr_CDHPi-REPORT-final.pdf (consulté le 22 mai 2024).
- Tonmyr, L., H. MacMillan, E. Jamieson et K. Kelly. (2002). L'approche axée sur la santé de la population comme cadre pour l'étude des effets des mauvais traitements à l'endroit des enfants. *Maladies chroniques au Canada*, vol. 23, n° 4, p. 139 à 146.
- Tonmyr, L., et L. Doering. (2003). The nature of knowledge in the population health perspective: The case study of child maltreatment. *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 5, n° 1, p. 38 à 44.
- Afifi, T., T. Taillieu, K. Cheung et coll. (2015). Substantiated reports of child maltreatment from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: Examining child and household characteristics and functional impairment. *Journal of Canadian Psychiatry*, vol. 60, n° 7, p. 315 à 323.
- Gardner, M.A.D. (1986). Confidence intervals rather than P values: Estimation rather than hypothesis testing. *British Medical Journal (Clin Res Ed)*, vol. 292, n° 6522, p. 746 à 750.
- Poole, C. (2001). Low p-values or narrow confidence intervals: Which are more durable? *Epidemiology*, vol. 12, n° 3, p. 291 à 294.
- Ranstan, J. (2012). Why the p-value culture is bad and confidence intervals a better alternative. *Osteoarthritis and Cartilage*, vol. 20, n° 8, p. 805 à 808.
- Cotter, A. (2021). La victimisation criminelle au Canada, 2019. *Juristat*, vol. 41, n° 1, p. 1 à 40.
- Moody, G., R. Cannings-John, K. Hood, A. Kemp et M. Robling. (2018). Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: A systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*, vol. 18, p. 1 à 15.
- Stoltenborgh, M., M. Bakermans-Kranenburg, L. Alink et M. van IJzendoorn. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, vol. 24, n° 1, p. 37 à 50.
- Taillieu, T., D. Brownridge, J. Sareen et T. Afifi. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*, vol. 59, p. 1 à 12.
- Angelakis, I., J. Austin et P. Gooding. (2020). Association of childhood maltreatment with suicide behaviours among young people: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, vol. 3, n° 8, p. 1 à 15.
- Xiao, Z., M. Murat Baldwin, S.C. Wong et coll. (2023). The impact of childhood psychological maltreatment on mental health outcomes in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, vol. 24, n° 5, p. 3049 à 3064.

27. Klonsky, E.D., et A.M. May. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, vol. 8, n° 2, p. 114 à 129.
28. Vachon, D., R. Krueger, F. Rogosch, D. Cicchetti. (2015). Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. *JAMA Psychiatry*, vol. 72, n° 11, p. 1135 à 1142.
29. Horor, G. (2012). Emotional maltreatment. *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 26, n° 6, p. 436 à 442.
30. Carpenter, G., et A. Stacks. (2009). Developmental effects of exposure to Intimate Partner Violence in early childhood: A review of the literature. *Children and Youth Services Review*, vol. 31, n° 8, p. 831 à 839.
31. Zhang, Y., S. Cannata, R. Razza et Q. Liu. (2023). Intimate partner violence exposure and self-regulation in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Family Violence*, p. 1 à 17.
32. Merrick, M., K. Ports, D. Ford, T. Afifi, E. Gershoff et A. Grogan-Kaylor. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, vol. 69, p. 10 à 19.
33. Feldman-Summers, S., et K. Pope. (1994). The experience of forgetting childhood abuse: A national survey of psychologists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 62, n° 3, p. 636 à 639.
34. Akerlof, G., et J. Yellen. (1985). Unemployment through the filter of memory. *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 100, n° 3, p. 747 à 773.
35. Blaney, P. (1986). Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin*, p. 229 à 246.
36. Lewis, P., H. Critchley, A. Smith et R. Dolan. (2005). Brain mechanisms for mood congruent memory facilitation *NeuroImage*, vol. 25, n° 4, p. 1214 à 1223.
37. Colman, I., M. Kingsbury, Y. Garad et coll. (2016). Consistency in adult reporting of adverse childhood experiences. *Psychological Medicine*, vol. 46, n° 3, p. 543 à 549.
38. Hildyard, K., et D. Wolfe. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, vol. 26, n° 6-7, p. 679 à 695.
39. Kim, K., F.E. Mennen et P.K. Trickett. (2017). Patterns and correlates of co-occurrence among multiple types of child maltreatment. *Child & Family Social Work*, vol. 22, n° 1, p. 492 à 502.