SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

www.stat.gouv.qc.ca

Zoom santé

Février 2016 | Numéro 56

# La violence vécue par les Québécois avant l'âge de 16 ans et la santé à l'âge adulte : quels sont les liens ?

Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*[1]

Jasline Flores*, Julie Laforest** et Katrina Joubert*

* Institut de la statistique du Québec
** Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

## INTRODUCTION

La violence interpersonnelle est omniprésente dans bien des sociétés. Même si elle n'est pas toujours visible, elle peut apparaître très tôt dans la vie de nombreux individus et leur infliger des souffrances aux lourdes conséquences. À l'échelle planétaire, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait en 2012, qu'un adulte sur quatre aurait subi de la violence physique durant son enfance[2]. En Amérique du Nord, ce sont 20 % des filles et 8 % des garçons qui auraient vécu une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans[3]. Les violences physique, sexuelle, verbale et psychologique, la négligence et l'exposition à la violence entre adultes sont toutes des manifestations de mauvais traitements ou de maltraitance qui, lorsque vécues pendant l'enfance, peuvent affecter les jeunes et mettre en péril leur développement physique, cognitif, affectif et social[4]. Plusieurs recherches ont démontré que les effets de ces violences peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte[5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12]. En effet, il est de plus en plus évident

1. Les auteures tiennent à remercier Pierre Maurice et Marie-Claude Roberge de l'INSPQ ainsi que Ghyslaine Neill et Monique Bordeleau de l'Institut de la statistique du Québec pour leurs judicieux commentaires.

2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2014), *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde, résumé d'orientation, Département Prise en charge des maladies non transmissibles, handicap et prévention de la violence et des traumatismes (NVI)*, [En ligne]. [apps.who.int/iris/bitstream/10665/145088/1/WHO_NMH_NVI_14.2_fre.pdf?ua=1&ua=1] (Consulté le 11 octobre 2015).

3. M. STOLTENBORGH, M. J. BAKERMANS-KRANENBURG, L. R. A. ALINK et M. H. VAN IJZENDOORN (2015), "The prevalence of child maltreatment across the globe : review of a series of Meta-analyses", *Child Abuse Review*, vol. 24, p. 37-50.

4. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT (2006), *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données*, [En ligne]. [apps.who.int/iris/bitstream/10665/43686/1/9789242594362_fre.pdf] (Consulté le 11 octobre 2015).

5. M. BOIVIN, et C. HERTZMAN (2012), *Early childhood development : adverse experiences and developmental health*, Ottawa, Royal Society of Canada, Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel (R. BARR, T. BOYCE, A. FLEMING, H. MACMILLAN, C. ODGERS, M. SOKOLOWSKI et N. TROCMÉ), 159 p.

6. C. ROUSTIT, E. RENAHY, G. GUERNEC, S. LESIEUR, I. PARIZOT et P. CHAUVIN (2009), "Exposure to interparental violence and psychosocial maladjustment in the adult life course: Advocacy for early prevention", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 63, nº 7, p. 563-568.

7. E.-M. BOUCHARD, M. TOURIGNY, J. JOLY, M. HÉBERT et M. CYR (2008), « Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 56, nº 5, p. 333-344.

8. J. ARBOLEDA-FLOREZ, et T. J. WADE (2001), "Childhood and adult victimization as risk factor for major depression", *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 24, nos 4-5, p. 357-370.

9. R. MACMILLAN (2001), "Violence and the life course: The Consequences of Victimization for Personal and Social Development", *Annual Review of Sociology*, vol. 27, p. 1-22.

10. S. THORESEN, M. MYHRE, T. WENTZEL-LARSEN, H. F. AAKVAAG et O. K. HJEMDAL (2015), "Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population", *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 6, nº 26259, 12 p.

11. T. O. AFIFI, H. L. MACMILLAN, M. BOYLE, T. TAILLIEU, K. CHEUNG et J. SAREEN (2014), "Child abuse and mental disorders in Canada", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 186, nº 9, p. E324-E332.

12. R. GILBERT, C. SPATZ WIDOM, K. BROWNE, D. FERGUSSON, E. WEBB et S. JANSON (2009), "Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries", *The Lancet*, vol. 373, p. 68-81.

Québec

que les mauvais traitements physiques et sexuels subis à des stades précoces de la vie affectent l'état de santé mentale et, dans une moindre mesure, l'état de santé physique des personnes, des années, voire des décennies plus tard[13].

Au Québec comme ailleurs dans le monde, la violence envers les enfants est un domaine de recherche relativement récent qui comporte de nombreux défis, notamment quant à sa définition et à sa mesure[14, 15]. De plus, malgré l'importance et la gravité que revêt ce phénomène, il existe peu de données représentatives de l'ensemble de la population québécoise permettant de documenter la prévalence des expériences de violence subies pendant l'enfance et l'adolescence. L'Institut de la statistique du Québec a mené, en 1999, 2004 et 2012, des enquêtes populationnelles afin de mesurer les conduites à caractère violent envers les enfants (agressions psychologiques, violence physique mineure et sévère)[16, 17, 18]. Selon la dernière enquête, ce sont 35 % des enfants âgés entre 6 mois et 17 ans qui ont été victimes de violence physique mineure en 2012 alors que 6 % auraient subi de la violence physique sévère. Par ailleurs, selon une étude réalisée au Québec en 2006[19], 37 % des personnes interrogées avaient vécu au moins une forme de violence avant l'âge de 18 ans (physique : 19 % ; psychologique : 22 % ; sexuelle : 16 %)[20]. La même étude a permis d'avancer que la violence pendant l'enfance pourrait être associée à la détresse psychologique, aux symptômes de stress post-traumatique et aux problèmes de santé physique à l'âge adulte[21].

Des données en lien avec la violence vécue dans l'enfance ont été recueillies auprès des personnes de 18 ans et plus dans le cadre de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) – Santé mentale 2012[22, 23]. Des analyses pancanadiennes à partir de ces données ont notamment permis d'établir des liens entre les expériences de violence vécues dans l'enfance et l'adolescence et certains indicateurs liés à l'état de santé mentale à l'âge adulte[24, 25].

En se basant sur les données de cette dernière enquête, le présent bulletin dresse un portrait de la situation au Québec. Il examine non seulement les liens entre les expériences de victimisation vécues pendant l'enfance et les problèmes de santé mentale à l'âge adulte, mais aussi ceux entre de telles expériences et les problèmes de santé physique.

## 1. LA PRÉVALENCE DES DIVERSES FORMES DE VIOLENCE ET DE LEURS COMPOSANTES

### 1.1 La mesure de la violence

Le module « Expériences vécues dans l'enfance »[26] du questionnaire de l'ESCC – Santé mentale 2012 permet de documenter trois formes de violence vécues avant l'âge de 16 ans, soit : l'exposition à la violence entre adultes à la maison, la violence physique et la violence sexuelle. La plupart des questions utilisées dans ce module sont inspirées de la version longue ou de la version abrégée du *Childhood Experience of Violence Questionnaire* (CEVQ)[27, 28]. Les questions portant sur la violence physique sont, quant à elles, tirées de l'*Étude sur la santé des jeunes Ontariens de 2014* (ESJO)[29].

13. R. E. NORMAN, M. BYAMBAA, R. DE, A. BUTCHART, J. SCOTT et T. VOS (2012), "The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis", *PLOS Medicine*, vol. 9, nº 11 (e1001349), 31 p.
14. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT, *op. cit.*
15. M.-È. CLÉMENT, et S. DUFOUR (dir.) (2009), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*, Montréal, CEC, 237 p.
16. M.-È. CLÉMENT, C. BOUCHARD, M. JETTÉ et S. LAFERRIÈRE (2000), *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 118 p.
17. M.-È. CLÉMENT, C. CHAMBERLAND, L. CÔTÉ, D. DUBEAU et B. BEAUVAIS (2005), *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 164 p.
18. M.-È. CLÉMENT, F. BERNÈCHE, C. CHAMBERLAND et C. FONTAINE (2013), *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012. Les attitudes parentales et les pratiques familiales*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 146 p.
19. M. TOURIGNY, M. HÉBERT, J. JOLY, M. CYR et K. BARIL (2008), "Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population", *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 32, nº 4, p. 331-335.
20. Cette étude a recueilli des données auprès de 804 personnes ; c'est un taux de réponse de 30 %.
21. E.-M. BOUCHARD, M. TOURIGNY, J. JOLY, M. HÉBERT et M. CYR, *op. cit.*
22. Pour plus de détails sur cette enquête, voir l'encadré *À propos de l'ESCC – Santé mentale 2012*.
23. Mentionnons que le taux de réponse obtenu pour le Québec est de 70 %, ce qui permet l'inférence à la population visée par l'enquête.
24. T. O. AFIFI, H. L. MACMILLAN, M. BOYLE, T. TAILLIEU, K. CHEUNG et J. SAREEN, *op. cit.*
25. T. O. AFIFI, H. L. MACMILLAN, M. BOYLE, T. TAILLIEU, K. CHEUNG , S. TURNER, L. TONMYR et W. HOVDESTAD (2015), "Relationship between child abuse exposure and reported contact with child protection organizations: Results from the Canadian Community Health Survey", *Child Abuse and Neglect*, vol. 46, p. 198-206.
26. Les questions sont précédées de la consigne suivante : « Les prochaines questions concernent des choses qui ont pu vous arriver à votre école, dans votre quartier ou dans votre famille avant l'âge de 16 ans. »
27. C. A. WALSH, H. l. MACMILLAN, N. TROCMÉ, E. JAMIESON et M. H. BOYLE (2008), "Measurement of victimization in adolescence: Development and validation of the Childhood Experiences of Violence Questionnaire", *Child Abuse and Neglect*, vol. 32, p. 1037-1057.
28. M. TANAKA, C. WEKERLE, E. LEUNG, R. WAETCHTER, A. GONZALEZ, E. JAMIESON et H. L. MACMILLAN (2012), "Preliminary Evaluation of the Childhood Experiences of Violence Questionnaire Short Form", *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 27, nº 2, p. 396-407.
29. ontariochildhealthstudy.ca/fr/ochs/

La présence de chacune des trois formes de violence documentées dans cette enquête est définie de la manière suivante : une question porte sur l'exposition à la violence entre adultes, trois questions, sur la violence physique, et deux questions concernent la violence sexuelle. Pour chacune de ces composantes, des seuils de présence ont été déterminés à partir des choix de réponse qui sont « Jamais », « 1 ou 2 fois », « 3 à 5 fois », « 6 à 10 fois » et « Plus de 10 fois » (voir encadré sur les composantes de violence et les seuils utilisés). Bien que pour certains auteurs, la présence de violence est établie dès qu'un événement a lieu une fois (à partir de la catégorie « 1 ou 2 fois »)[30], les seuils utilisés ici varient selon la composante, comme c'est le cas pour d'autres études[31,32,33]. Ainsi, une fréquence minimale de trois était nécessaire pour considérer la présence d'exposition à la violence entre adultes de la maison (item 1). La même fréquence a été utilisée pour les items 2 et 3 de la violence physique alors que le seuil a été fixé à au moins une fois pour l'item 4. En ce qui a trait à la violence sexuelle (items 5 et 6), le seuil a aussi été établi à une fois. La violence physique et la violence sexuelle sont donc considérées comme présentes dès qu'une de leurs composantes (items) répond aux seuils fixés.

### 1.2 Les formes de violence

*Près du tiers des personnes de 45-64 ans déclarent avoir vécu au moins une forme de violence pendant l'enfance*

Au Québec, 28 % des personnes de 18 ans et plus (environ 1,77 million) ont subi, avant l'âge de 16 ans, au moins une des formes de violence mesurées (tableau 1). Les hommes et les femmes sont touchés par ce phénomène dans des proportions similaires (figure 1), mais des différences sont détectées selon les formes de violence auxquelles les personnes ont été exposées. On note aussi des variations en fonction des groupes d'âge (tableau 1).

La proportion d'adultes ayant été victimes d'au moins une forme de violence durant l'enfance et l'adolescence est plus élevée chez les 45 à 64 ans que chez les 18 à 24 ans (tableau 1). En effet, près d'un adulte de 45-64 ans sur trois (32 %) a vécu de tels événements comparativement à un jeune sur cinq (19 %). En ce qui concerne les 65 ans et plus, c'est près d'une personne sur quatre qui est touchée (24 %).

## COMPOSANTES DES FORMES DE VIOLENCE ET SEUILS DE PRÉSENCE UTILISÉS

| Avant l'âge de 16 ans... : | Seuil de présence utilisé |
|---|---|
| **Exposition à la violence entre adultes de la maison (1 item)** | |
| 1. Combien de fois avez-vous vu ou entendu l'un de vos parents, beaux-parents ou tuteurs se frapper ou frapper un autre adulte à la maison ? Par adulte je veux dire n'importe qui de plus de 18 ans. | Trois fois et plus |
| **Violence physique (3 items)** | |
| 2. Combien de fois un adulte vous a-t-il giflé ou tapé sur la tête ou les oreilles, ou encore vous a frappé ou donné la fessée avec quelque chose de dur pour vous faire mal ? | Trois fois et plus |
| 3. Combien de fois un adulte vous a-t-il poussé, agrippé, bousculé ou vous a-t-il lancé quelque chose pour vous faire mal ? | Trois fois et plus |
| 4. Combien de fois un adulte vous a-t-il donné un coup de pied, mordu, frappé du poing, étranglé, brûlé ou attaqué physiquement d'une autre façon ? | Au moins une fois |
| **Violence sexuelle (2 items)** | |
| 5. Combien de fois un adulte vous a-t-il forcé, ou 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 ? | Au moins une fois |
| 6. Combien de fois un adulte vous a-t-il touché contre votre volonté d'une manière sexuelle ? Par cela je veux dire tout ce qui va d'un attouchement non désiré à un baiser ou des caresses. | Au moins une fois |

Source : Module « Expériences vécues dans l'enfance », questionnaire de l'ESCC – Santé mentale 2012.

30. L. C. FINDLAY, et A. SUNDERLAND (2014), « Soutien professionnel et informel en santé mentale déclaré par les Canadiens de 15 à 24 ans », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 25, nº 12, p. 3-13, nº 82-003-X au catalogue.

31. C. A. WALSH, H. I. MACMILLAN, N. TROCMÉ, E. JAMIESON et M. H. BOYLE, *op. cit.*

32. M. TANAKA, C. WEKERLE, E. LEUNG, R. WAETCHTER, A. GONZALEZ, E. JAMIESON et H. L. MACMILLAN, *op. cit.*

33. T. O. AFIFI, H. L. MACMILLAN, M. BOYLE, T. TAILLIEU, K. CHEUNG et J. SAREEN, *op. cit.*

Tableau 1

**Proportion de personnes ayant vécu de la violence durant l'enfance selon la forme[1] de violence et l'âge, population de 18 ans et plus, Québec, 2012**

| | Aucune violence | Exposition à la violence entre adultes | Violence physique | Violence sexuelle | Au moins une forme de violence |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | % | | |
| Âge | | P = 0,008 | P = 0,009 | P = 0,000 | P = 0,001 |
| 18-24 ans | 80,6[a] | 2,6**[a] | 16,6 | 4,0*[a b c] | 19,4[a] |
| 25-44 ans | 71,7 | 5,3 | 22,3[a] | 9,7[a] | 28,3 |
| 45-64 ans | 67,8[a b] | 7,5*[a] | 22,9[b] | 15,0[b] | 32,2[a b] |
| 65 ans et plus | 76,4[b] | 4,8* | 15,9[a b] | 11,7[c] | 23,6[b] |
| **Ensemble du Québec** | **72,2** | **5,7** | **20,7** | **11,4** | **27,8** |
| Population estimée | 4 581 200 | 364 200 | 1 312 000 | 722 400 | 1 767 700 |

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation entre 25 % et 33 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

a, b ou c : Pour un indicateur donné, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions concernées au seuil de 0,05.

1. Une personne peut avoir vécue plus d'une forme de violence durant l'enfance.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale 2012*, fichier de partage. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

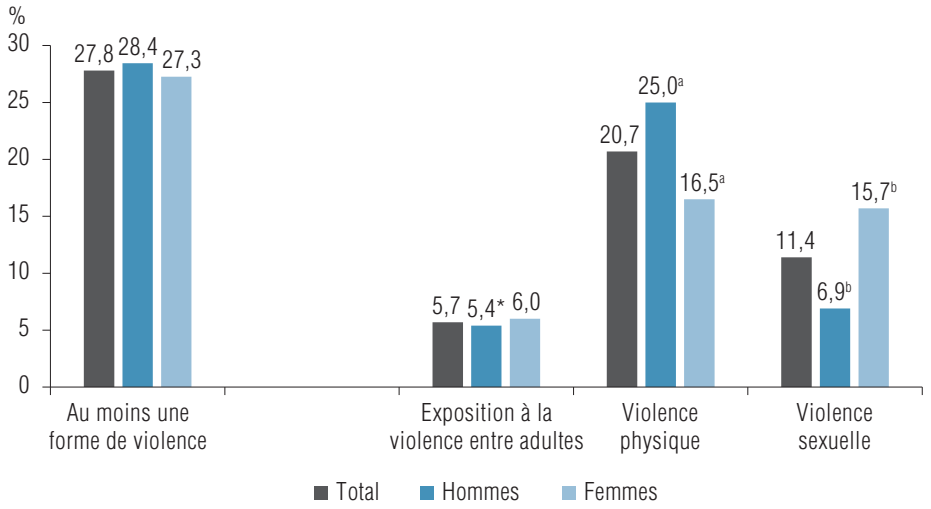
### *La violence sexuelle vécue avant l'âge de 16 ans touche davantage les femmes alors que la violence physique concerne plus les hommes*

Dans l'ensemble de la population québécoise, la forme de violence la plus souvent vécue durant l'enfance et l'adolescence est la violence physique (21 %). Sur ce plan, la prévalence observée chez les hommes est nettement plus élevée que chez les femmes (25 % c. 16 %) (figure 1). Le portrait est tout autre pour la violence sexuelle qui est plus prévalente chez les femmes que chez les hommes (16 % c. 7 %). Cette dernière forme de violence touche 11 % des Québécois.

Enfin, l'exposition à la violence entre adultes de la maison avant l'âge de 16 ans touche 6 % des Québécois de 18 ans et plus au moment de l'enquête et aucune différence n'est observée entre les hommes et les femmes.

Figure 1

**Expériences de violence vécues durant l'enfance selon la forme[1] et le sexe, population de 18 ans et plus, Québec, 2012**




* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

a ou b : Pour un indicateur donné, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions estimées chez les hommes et les femmes au seuil de 0,05.

1. Une personne peut avoir vécu plus d'une forme de violence durant l'enfance.

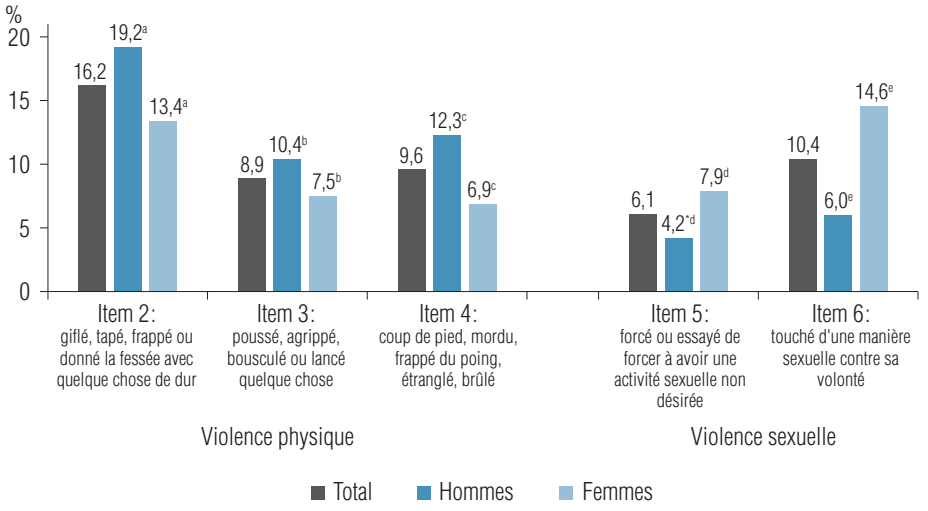
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*, fichier de partage. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

## 1.3 Les composantes des formes de violence

Si on examine la prévalence des diverses formes de violence subies selon leurs composantes (items), on constate qu'en matière de violence physique, c'est le fait « de recevoir une gifle ou une tape sur la tête ou les oreilles ou encore de se faire frapper ou donner la fessée avec quelque chose de dur par un adulte » qui est la composante la plus souvent vécue (item 2 : 16 %) (figure 2). Par ailleurs, le fait « d'être poussé, agrippé, bousculé ou de se faire lancer quelque chose par un adulte » (item 3 : 9 %) et celui « de recevoir un coup de pied, être mordu, frappé du poing, étranglé, brûlé ou attaqué physiquement d'une autre façon » sont moins prévalents (item 4 : 10 %).

Quant à la violence sexuelle, la composante définie par le fait « d'être touché contre sa volonté d'une manière sexuelle (tout ce qui va d'un attouchement non désiré à un baiser ou des caresses) » est la plus vécue durant l'enfance et l'adolescence (item 6 : 10 %). Celle où « un adulte force ou essaie de forcer la personne à avoir une activité sexuelle non désirée en la menaçant, en l'immobilisant ou en lui faisant mal d'une autre façon » touche 6 % de la population (item 5). La proportion de femmes ayant été forcées d'avoir une activité sexuelle non désirée est deux fois plus élevée que celle notée chez les hommes (item 5 : 8 % c. 4,2 %) ; en ce qui concerne les attouchements sexuels non désirés, la proportion chez les femmes est deux fois et demie plus élevée que celle chez les hommes (item 6 : 15 % c. 6 %).

Figure 2
**Composantes[1] des formes de violence physique et sexuelle vécues durant l'enfance selon le sexe, population de 18 ans et plus, Québec, 2012**




* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

a, b, c, d ou e : Pour un item donné, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions estimées chez les hommes et les femmes au seuil de 0,05.

1. Une personne peut avoir vécu plus d'un item de violence durant l'enfance.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*, fichier de partage. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

## 1.4 La cooccurrence des formes de violence

### *Une personne sur cinq au Québec a vécu une seule forme de violence pendant l'enfance*

L'analyse de la cooccurrence[34] des diverses formes de violence vécues avant l'âge de 16 ans montre qu'un adulte sur cinq au Québec a été victime d'une seule forme de violence parmi celles qui ont été mesurées dans l'enquête. Six pourcent de la population a vécu deux formes de violence, tandis que 1,9 % ont fait l'expérience des trois formes (tableau 2). Aucune différence n'est observée entre les hommes et les femmes à cet égard.

Tableau 2
**Prévalence de la cooccurrence des expériences de violence vécues durant l'enfance selon le sexe, population de 18 ans et plus, Québec, 2012**

| | % | | |
|---|---|---|---|
| | Total | Hommes | Femmes |
| Aucune violence | 72,2 | 71,6 | 72,7 |
| Une forme de violence | 20,0 | 21,2 | 18,8 |
| Deux formes de violence | 5,9 | 5,8 | 6,0 |
| Trois formes de violence | 1,9 * | F | 2,4 |

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

F Donnée peu fiable, ne peut être diffusée.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale 2012*, fichier de partage. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

34. Le terme cooccurrence réfère au fait d'avoir vécu plus d'une forme de violence parmi les formes documentées dans l'enquête (violence physique, violence sexuelle et exposition à la violence entre adultes de la maison).

## 2. LES LIENS ENTRE LA VIOLENCE VÉCUE AVANT L'ÂGE DE 16 ANS ET LA SANTÉ À L'ÂGE ADULTE

### 2.1 Les indicateurs et la modélisation des données

Dans cette section, il est question des liens entre l'état de santé des personnes à l'âge adulte et les expériences de violence vécues avant l'âge de 16 ans. Des modèles de régression logistique ont permis de comparer les probabilités de présenter un problème de santé mentale[35] ou un problème de santé physique en fonction des formes de violence documentées dans l'enquête. Les probabilités obtenues sont ensuite comparées en fonction de leur effet cumulatif, soit dans un premier temps selon le nombre de violences vécues (cooccurrence des formes étudiées) et dans un deuxième temps, selon la fréquence à laquelle les personnes ont vécu chaque forme de violence. Chacun des modèles construits prend en compte simultanément différents facteurs généralement associés à l'état de santé (âge, sexe, état matrimonial, niveau de scolarité, niveau de revenu du ménage, vivre seul, pays de naissance et langue parlée à la maison).

Trois indicateurs sont utilisés pour documenter l'état de santé mentale au cours de la vie des adultes : les troubles mentaux ou liés à la consommation de substances[36], les pensées suicidaires et les tentatives de suicide[37]. La notion de trouble mental ou lié à la consommation de substances comprend les problèmes suivants : épisode dépressif, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée ainsi que l'abus ou la dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues.

L'indicateur utilisé pour décrire l'état de santé physique des adultes est défini par la présence, au moment de l'enquête, d'un problème ou d'un état qui dure ou qui devrait durer 6 mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Les problèmes inclus sont : l'asthme, l'arthrite ou l'arthrose excepté la fibromyalgie, les autres maux de dos, l'hypertension, les migraines, la bronchite chronique, l'emphysème ou une maladie pulmonaire chronique ou une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le diabète, les maladies cardiaques et les problèmes dus à un accident vasculaire cérébral[38].

Une première série de modèles (1 à 4) permet d'observer si la probabilité de présenter un trouble mental ou lié à la consommation de substances, des pensées suicidaires, des tentatives de suicide ou des problèmes de santé physique (chroniques) varie selon le fait d'avoir ou non vécu au moins une forme de violence avant l'âge de 16 ans. La deuxième (modèles 5 à 7) et la troisième série (modèles 8 à 10) cherchent à rendre compte des liens entre le cumul des expériences de violence et l'état de santé mentale[39]. Pour ce faire, la deuxième série prend en compte la cooccurrence des formes de violence (aucune, une, deux ou les trois) et la troisième considère la fréquence à laquelle une personne a vécu une même forme de violence.

Mentionnons, enfin, que les résultats des régressions logistiques sont présentés sous la forme de rapports de cotes (RC). Le RC est significatif si son intervalle de confiance (IC à 95 %) n'inclut pas la valeur 1. Ainsi, un RC supérieur à 1 indique que la probabilité de présenter un problème de santé (mentale ou physique) pour un sous-groupe donné est supérieure à celle du groupe de référence – ne pas avoir vécu la forme de violence examinée durant l'enfance[40].

### 2.2 Les formes de violence et l'état de santé mentale et physique

*Les personnes exposées à de la violence pendant l'enfance sont plus susceptibles de présenter un trouble mental ou lié à la consommation de substances, d'avoir des pensées suicidaires ou d'avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie*

Les résultats présentés à la figure 3 montrent que les probabilités de présenter un trouble mental ou lié à la consommation de substances (modèle 1) sont plus élevées chez les personnes ayant été exposées à de la violence entre adultes de la maison (RC = 1,9) ou ayant vécu de la violence physique (RC = 2,3) ou de la violence sexuelle (RC = 2,1) que chez celles n'ayant pas expérimenté ce genre d'événements (catégorie de référence). Les personnes ayant vécu de la violence physique ou de la violence sexuelle sont également plus susceptibles d'avoir des pensées suicidaires à l'âge adulte comparativement à celles qui n'ont vécu aucun de ces événements durant leur enfance (violence physique :

35. Dans la présente étude, l'expression « problème de santé mentale » désigne à la fois les troubles mentaux, les troubles liés à la consommation de substances, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide.

36. Dans l'enquête, la présence d'un trouble mental ou d'un trouble lié à la consommation de substances a été établie à l'aide d'une version modifiée de la Classification WHO/CIDI qui découle d'une série de questions portant sur les émotions, les symptômes, la sévérité, l'intensité et l'impact associés à chacun des troubles mesurés.

37. Dans la population québécoise âgée de 15 ans et plus, 31,5 % ont eu un trouble mental ou lié à la consommation de substances au cours de leur vie, 12,4 %, des pensées suicidaires et 2,7 % ont fait une tentative de suicide (R. BARALDI, K. JOUBERT et M. BORDELEAU (2015), *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 135 p.)

38. À titre indicatif – car les inclusions ne sont pas les mêmes – 45,3 % de la population québécoise âgée de 15 ans et plus a eu, en 2012, un problème de santé physique (BARALDI et autres, 2015).

39. Il est à noter que pour ces deux séries, les différences de probabilité d'avoir un problème de santé physique ont été estimées et les résultats se sont révélés non significatifs (données non présentées).

40. Les rapports de cotes ne peuvent être interprétés comme des risques relatifs puisque le fait d'avoir un trouble mental ou lié à la consommation de substances, des pensées suicidaires, celui d'avoir fait une tentative de suicide ou le fait d'avoir un problème de santé physique ne sont pas des phénomènes rares.

RC = 2,8 ; violence sexuelle : RC = 2,5) (modèle 2). Enfin, la probabilité de faire une tentative de suicide (modèle 3) est plus élevée chez les personnes ayant été exposées à de la violence entre adultes de la maison (RC = 3,6) ou ayant vécu de la violence physique (RC = 2,8) ou de la violence sexuelle (RC = 3,4) que chez celles qui n'ont pas subi de telles expériences durant l'enfance.

*Les personnes ayant vécu de la violence physique avant l'âge de 16 ans ont une probabilité plus élevée de présenter un problème de santé physique à l'âge adulte*

Le modèle 4 estime la relation entre la violence expérimentée durant l'enfance et la présence de problèmes de santé physique à l'âge adulte tout en prenant en compte les mêmes variables sociodémographiques que les modèles précédents (figure 4). Seule la violence physique pendant l'enfance et l'adolescence est associée à une plus grande probabilité de présenter un problème de santé physique à l'âge adulte (RC = 1,4). Le lien n'est en effet pas significatif pour la violence sexuelle ni pour l'exposition à la violence entre adultes de la maison.

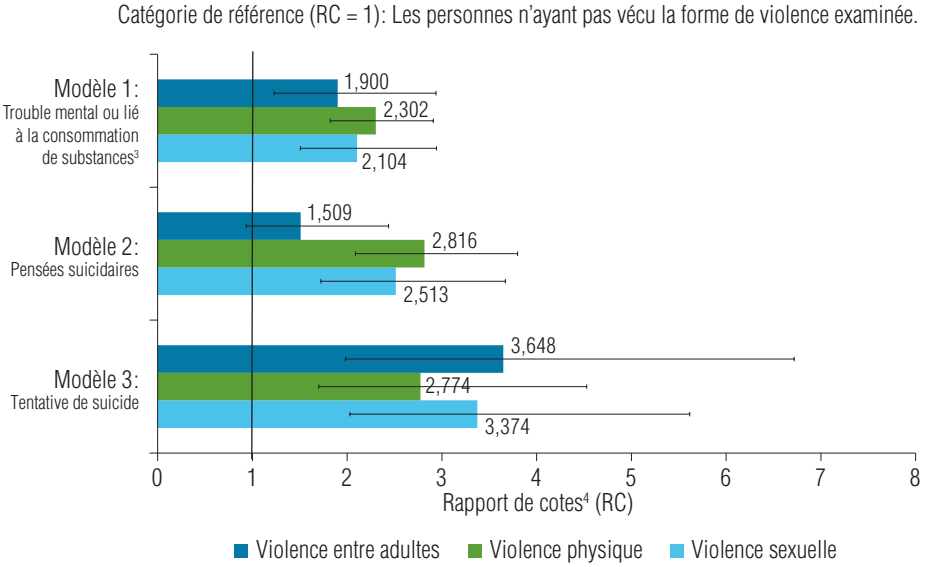
## 2.3 La cooccurrence des formes de violence et l'état de santé mentale

*Plus une personne cumule des formes de violence avant l'âge de 16 ans, plus elle est susceptible d'avoir un problème de santé mentale à l'âge adulte*

La cooccurrence des différentes formes de violence vécues pendant l'enfance, soit le fait d'avoir vécu une forme de violence ou plus, est associée à la présence d'un trouble mental ou lié à la consommation de substances, de pensées suicidaires et de tentatives de suicide au cours de la vie (tableau 3). En effet, le modèle 5 estime une probabilité plus élevée d'avoir un trouble mental ou lié à la consommation de substances chez

Figure 3

**Modèles de régression logistique des problèmes de santé mentale[1] à l'âge adulte selon les formes[2] de violence vécues avant l'âge de 16 ans, Québec, 2012**



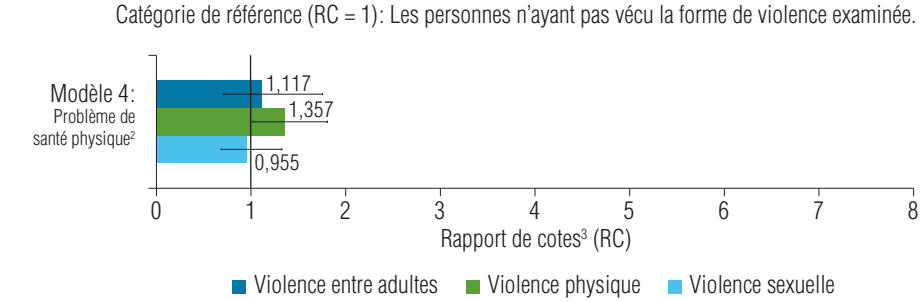

Intervalle de confiance qui permet de déterminer si le RC est significativement différent de la valeur 1 (catégorie de référence) au seuil de 0,05.

1. L'expression « problème de santé mentale » désigne à la fois les troubles mentaux, les troubles liés à la consommation de substances, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide.
2. Une personne peut avoir vécu plus d'une forme de violence durant l'enfance.
3. Épisode dépressif, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus ou dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues.
4. Un rapport de cotes supérieur à 1 signifie que les adultes ayant subi la forme de violence avant l'âge de 16 ans sont plus susceptibles de présenter un problème de santé mentale au cours de leur vie.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*, fichier de partage. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Figure 4

**Modèle de régression logistique des problèmes de santé physique à l'âge adulte selon les formes[1] de violence vécues avant l'âge de 16 ans, Québec, 2012**




Intervalle de confiance qui permet de déterminer si le RC est significativement différent de la valeur 1 (catégorie de référence) au seuil de 0,05.

1. Une personne peut avoir vécu plus d'une forme de violence durant l'enfance.
2. Asthme, arthrite ou arthrose excepté la fibromyalgie, autres maux de dos, hypertension, migraines, bronchite chronique, emphysème ou maladie pulmonaire chronique ou MPOC, diabète, maladie cardiaque, troubles dus à un accident vasculaire cérébral.
3. Un rapport de cotes supérieur à 1 signifie que les adultes ayant subi la forme de violence avant l'âge de 16 ans sont plus susceptibles de présenter un problème de santé physique au cours de leur vie.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*, fichier de partage. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

les personnes qui ont vécu deux formes de violence (RC = 4,5) ou trois formes de violence (RC = 7,3) comparativement à celles qui n'ont pas expérimenté les formes de violence documentées dans l'enquête (catégorie de référence). De même, les adultes ayant vécu deux ou trois formes de violence avant l'âge de 16 ans sont plus susceptibles d'avoir des pensées suicidaires (RC = 5,1 et 9,9 respectivement) que celles qui n'ont pas vécu ces événements (modèle 6). Enfin, les personnes ayant vécu deux formes de violence durant leur enfance ou adolescence sont plus sujettes à faire une tentative de suicide au cours de leur vie (RC = 9,4) et celles qui en ont vécu trois, encore davantage (RC = 35,9) (modèle 7).

### 2.4 La fréquence des expériences de violence et l'état de santé mental

*Vivre de la violence de manière répétée durant l'enfance et l'adolescence augmente la probabilité de présenter un problème de santé mentale à l'âge adulte*

Les trois derniers modèles de régression logistique (figure 5) cherchent aussi à rendre compte de l'effet cumulatif de la violence vécue; dans ces modèles, on a recours au nombre de fois où celle-ci s'est produite pour les trois formes documentées (voir l'encadré Calcul du score global de fréquence pour les modèles 8, 9 et 10, pour la construction de l'indice global).

## CALCUL DU SCORE GLOBAL DE FRÉQUENCE POUR LES MODÈLES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE 8, 9 ET 10

Tout d'abord, une valeur moyenne a été attribuée à chaque catégorie de réponse des différents items constituant la violence physique, la violence sexuelle et l'exposition à la violence entre adultes (voir tableau ci-dessous). Par exemple, pour la catégorie « 1 à 2 fois », la valeur moyenne donnée est de 1,5 et, pour la catégorie « 3 à 5 fois », de 4. Ensuite, en fonction des réponses obtenues aux items, un score global a été calculé pour chaque répondant. Ce score correspond à la somme des valeurs moyennes attribuées à chaque item et est calculé pour chacune des trois formes de violence. Ainsi, si une personne déclarait avoir subi 3 à 5 fois chacun des trois items constituant la violence physique, son score global serait de 12 (soit la somme des valeurs moyennes correspondant à la catégorie « 3 à 5 fois » : 4 + 4 + 4). Enfin, l'analyse de ces données repose sur le score global calculé selon les trois catégories de fréquence suivantes : aucune (catégorie de référence), « 1 à 5 fois » et « 6 fois ou plus ».

| Catégorie de réponse des items | Valeur moyenne attribuée à chaque item (utilisé pour le calcul du score global[1]) |
|---|---|
| Aucune | 0 |
| 1 à 2 fois | 1,5 |
| 3 à 5 fois | 4 |
| 6 à 10 fois | 8 |
| Plus de 10 fois | 10 |

1. Le score global pour chaque forme de violence est la somme des valeurs moyennes. Il a ensuite été classé en trois catégories : aucune, 1 à 5 fois et 6 fois ou plus.

Tableau 3
**Modèles de régression logistique des problèmes de santé mentale[1] à l'âge adulte selon la cooccurrence des formes de violence vécues avant l'âge de 16 ans, Québec, 2012**

| | Nombre de formes[2] de violence | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Une | | Deux | | Trois | |
| | RC[4] | Intervalle de confiance (95 %) | RC[4] | Intervalle de confiance (95 %) | RC[4] | Intervalle de confiance (95 %) |
| Modèle 5 : Trouble mental ou lié à la consommation de substances[3] | 2,443 | [1,921 ; 3,108] | 4,496 | [3,147 ; 6,422] | 7,306 | [3,192 ; 16,724] |
| Modèle 6 : Pensées suicidaires | 3,354 | [2,485 ; 4,525] | 5,060 | [3,319 ; 7,714] | 9,907 | [4,792 ; 20,482] |
| Modèle 7 : Tentative de suicide | 3,629 | [2,112 ; 6,234] | 9,413 | [5,261 ; 16,840] | 35,874 | [18,205 ; 70,689] |

Note : La catégorie de référence (RC = 1) est de n'avoir vécu aucune forme de violence durant l'enfance.

1. L'expression « problème de santé mentale » désigne à la fois les troubles mentaux, les troubles liés à la consommation de substances, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide.
2. Les formes considérées sont : l'exposition à la violence entre adultes de la maison, la violence physique et la violence sexuelle.
3. Épisode dépressif, trouble bipolaire ou trouble d'anxiété généralisée, abus ou dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues.
4. Un rapport de cotes supérieur à 1 signifie que les adultes ayant subi la forme de violence avant l'âge de 16 ans sont plus susceptibles de présenter un problème de santé mentale au cours de leur vie. Ceci dans la mesure où l'intervalle de confiance n'inclut pas la valeur 1.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*, fichier de partage. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

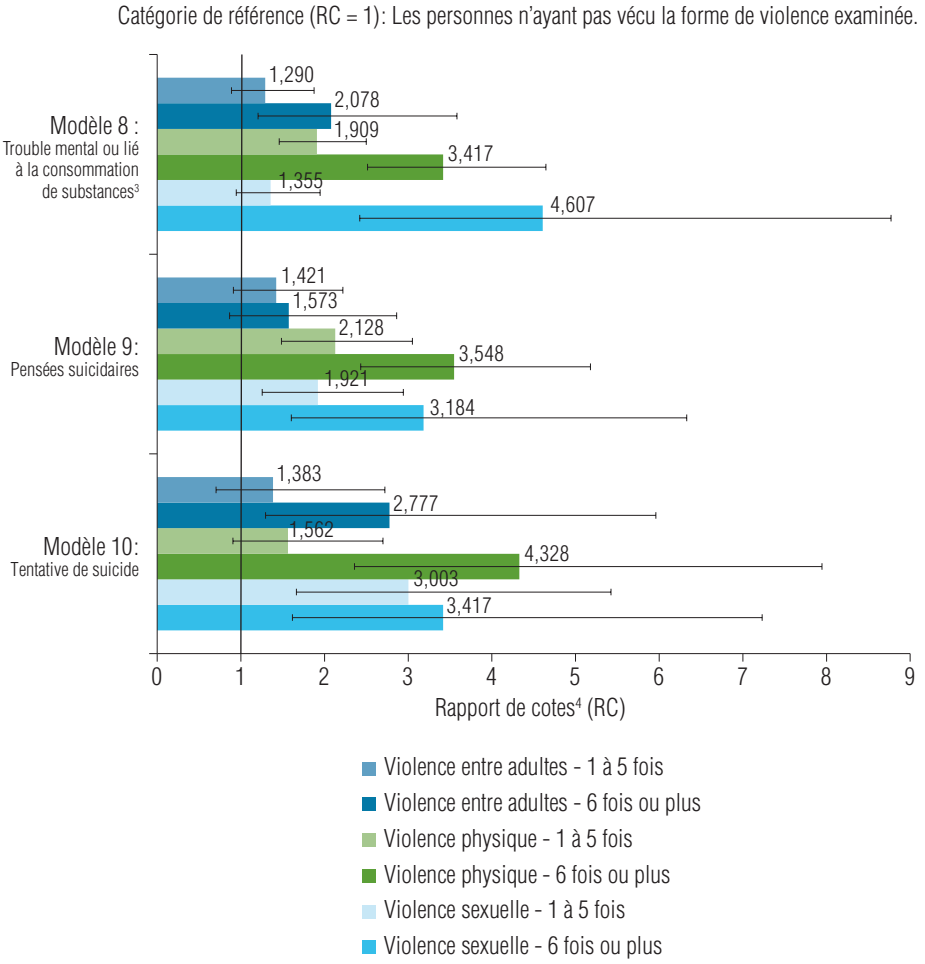
Au regard de la violence physique et de la violence sexuelle, les personnes se classant dans la catégorie « 6 fois ou plus » ont une plus grande probabilité de présenter un trouble mental ou lié à la consommation de substances, des pensées suicidaires ou de faire une tentative de suicide que les adultes qui n'ont pas vécu l'une ou l'autre de ces formes de violence durant leur enfance (RC = 3,4, 3,5 et 4,3 respectivement pour la violence physique et RC = 4,6, 3,2 et 3,4 respectivement pour la violence sexuelle) (modèles 8, 9 et 10 dans la figure 5).

Par ailleurs, on observe que les personnes se classant dans la catégorie « 1 à 5 fois » de la violence physique subie ont une plus grande probabilité de présenter un trouble mental ou lié à la consommation de substances ou d'avoir des pensées suicidaires que celles qui n'ont pas vécu cette forme de violence avant l'âge de 16 ans (RC = 1,9 et 2,1 respectivement) (modèles 8 et 9 dans la figure 5). Pour la violence sexuelle, la probabilité de présenter des troubles mentaux ou liés à la consommation de substances chez les personnes se classant dans la catégorie « 1 à 5 fois » n'est pas plus élevée, mais la probabilité y est plus grande pour les pensées suicidaires et pour les tentatives de suicide (RC = 1,9 et 3,0 respectivement) (modèles 8, 9 et 10 dans la figure 5).

Enfin, la figure 5 permet de constater que les personnes qui ont été exposées « 6 fois ou plus » pendant leur enfance à de la violence entre adultes de la maison ont aussi une probabilité plus élevée de présenter un trouble mental ou lié à la consommation de substances (RC = 2,1) (modèle 8) ou de faire une tentative de suicide (RC = 2,8) (modèle 10).

Figure 5

**Modèles de régression logistique des problèmes de santé mentale[1] à l'âge adulte selon les formes[2] de violence vécues avant l'âge de 16 ans, Québec, 2012**




Intervalle de confiance qui permet de déterminer si le RC est significativement différent de la valeur 1 (catégorie de référence) au seuil de 0,05.

1. L'expression « problème de santé mentale » désigne à la fois les troubles mentaux, les troubles liés à la consommation de substances, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide.
2. Une personne peut avoir vécu plus d'une forme de violence durant l'enfance.
3. Épisode dépressif, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus ou dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues.
4. Un rapport de cotes supérieur à 1 signifie que les adultes ayant subi la forme de violence avant l'âge de 16 ans sont plus susceptibles de présenter un problème de santé mentale au cours de leur vie.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*, fichier de partage. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

## DISCUSSION

Mesurer les expériences de violence vécues pendant l'enfance et l'adolescence est une tâche complexe tout comme celle de documenter les conséquences à long terme qu'elles peuvent avoir dans la vie des individus. Nombreux sont les facteurs de risque ou de protection qui se succéderont dans le parcours de vie et qui moduleront la profondeur des séquelles ou l'impact qu'ils auront à long terme sur la santé et le bien-être des individus. Le cadre d'analyse utilisé dans la présente publication permet d'explorer les enjeux contextuels de manière plus large ; en effet, en plus d'examiner la présence des formes de violence, cette dernière aborde le cumul des expériences de violence subies, c'est-à-dire la cooccurrence et la fréquence des formes de violence.

### La violence pendant l'enfance, un phénomène fréquent

Dans la lignée des travaux d'Afifi et coll. (2014)[41] sur la maltraitance pendant l'enfance (*child abuse*) à l'échelle canadienne, cette étude permet de documenter le phénomène au Québec alors que peu de données représentatives de la population sont disponibles[42, 43, 44]. Ainsi, plus d'un Québécois sur quatre a vécu de la violence avant l'âge de 16 ans, soit un résultat légèrement inférieur à celui observé pour l'ensemble du Canada (28 % c. 32 %)[45].

En ce qui concerne les différences entre les femmes et les hommes, des constats similaires à ceux d'autres études sont faits. En effet, les femmes subissent davantage de la violence sexuelle pendant l'enfance et l'adolescence, tandis que les hommes expérimentent plus de la violence physique.

### Un vécu différent selon l'âge

Nos analyses ont permis de constater que les jeunes de 18-24 ans se distinguent des personnes âgées de 45 à 64 ans avec une prévalence plus faible d'expériences de violence vécues pendant l'enfance et l'adolescence. Ces résultats témoignent peut-être d'un changement en matière de normes sociales au regard de l'utilisation de la violence envers les enfants. De fait, des données récentes tirées de l'*Enquête sur la violence dans la vie des enfants* notaient une diminution significative de la proportion de parents qui pensent, entre autres, que la fessée est une méthode de discipline efficace[46]. Une diminution du recours répété à l'agression psychologique et à la punition corporelle envers les enfants, entre 1999 et 2004, avait aussi été observée grâce à cette enquête. Ces constats rejoignent ceux d'autres études menées ailleurs au Canada et aux États-Unis[47, 48].

Un autre résultat concerne les Québécois de 65 ans et plus. La violence vécue avant l'âge de 16 ans serait moins prévalente chez ce groupe que chez les personnes de 45-64 ans. Certains auteurs avancent que pour les générations plus âgées, la punition corporelle pendant l'enfance constituait un comportement socialement accepté et jusqu'à un certain point la norme, ce qui rendait plus difficile la reconnaissance du caractère abusif et condamnable de ces gestes, élément nécessaire à leur dénonciation ou dévoilement[49, 50]. D'autres attribuent les variations selon l'âge dans les prévalences à des biais de mémoire[51] ou des biais dans la mesure[52]. À ce sujet, une analyse récente portant plus spécifiquement sur la fiabilité de la mesure des mauvais traitements physiques durant l'enfance, réalisée dans le cadre d'une enquête populationnelle (*Enquête nationale sur la santé de la population* de Statistique Canada), n'a pas décelé de différences de fiabilité selon l'âge[53]. Cette question mériterait d'être approfondie, notamment en fonction des formes de violence autres que la violence physique.

### Association entre la violence vécue durant l'enfance et l'état de santé plus tard dans la vie

L'intérêt de cette publication réside dans le fait que celle-ci mesure, dans la population québécoise, le lien entre les événements violents vécus pendant l'enfance et l'adolescence et les conséquences potentielles à long terme sur l'état de santé mentale et physique.

---

41. T. O. AFIFI, H. L. MACMILLAN, M. BOYLE, T. TAILLIEU, K. CHEUNG et J. SAREEN, *op. cit.*
42. *Ibid.*
43. M. TOURIGNY, M. HÉBERT, J. JOLY, M. CYR et K. BARIL, *op. cit.*
44. E.-M. BOUCHARD, M. TOURIGNY, J. JOLY, M. HÉBERT et M. CYR, *op. cit.*
45. T. O. AFIFI, H. L. MACMILLAN, M. BOYLE, T. TAILLIEU, K. CHEUNG et J. SAREEN, *op. cit.*
46. M.-È. CLÉMENT, F. BERNÈCHE, C. CHAMBERLAND et C. FONTAINE, *op. cit.*
47. S. FRÉCHETTE, et E. ROMANO (2012), *Change in the prevalence of corporal punishment over a 14-year period in a representative sample of Canadian parents*, Communication présentée au Congrès de l'International Society for the Study of Behavioural Development, Edmonton, Canada, 10 juillet, 18 p. (Cité dans M.-È. CLÉMENT, F. BERNÈCHE, C. CHAMBERLAND et C. FONTAINE, *op. cit.*)
48. D. FINKELHOR, H. TURNER, R. ORMROD et S. L. HAMBY (2010), "Trends in childhood violence and abuse exposure", *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 164, nº 3, p. 238-242. (Cité dans M.-È. CLÉMENT, F. BERNÈCHE, C. CHAMBERLAND et C. FONTAINE, *op. cit.*)
49. B. SHAW, et N. KRAUSE (2002), "Exposure to Physical Violence During Childhood, Aging, and Health", *Journal of Aging and Health*, vol. 4, p. 467-494.
50. H. MACMILLAN, J. E. FLEMING, N. TROCMÉ, M. BOYLE, M. WONG, Y. A. RACINE, W. R. BEARDSLEE et D. R. OFFORD (1997), "Prevalence of Child Physical and Sexual Abuse in the Community, Results From the Ontario Health Supplement", *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, nº 2, p. 131-135.
51. C. A. WALSH, H. L. MACMILLAN, N. TROCMÉ, E. JAMIESON et M. H. BOYLE, *op. cit.*
52. M. TOURIGNY, M. HÉBERT, J. JOLY, M. CYR et K. BARIL, *op. cit.*
53. M. SHIELDS, W. HOVDESTAD et L. TONMYR (2015), « Évaluation de la qualité de la mesure des mauvais traitements physiques durant l'enfance dans l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Coup d'œil méthodologique, Rapports sur la santé de la population*, Statistique Canada, vol. 26, nº 5, p. 3-11, nº 82-003-X au catalogue.

On note d'ailleurs que le fait d'avoir été exposé pendant l'enfance et l'adolescence à l'une ou l'autre des formes de violence étudiées est associé aux troubles mentaux ou liés à la consommation de substances, aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide. Ces associations sont statistiquement significatives autant pour les personnes qui ont été exposées à de la violence entre adultes de la maison que pour celles ayant vécu de la violence physique ou de la violence sexuelle (l'exposition à la violence entre adultes et les pensées suicidaires font exception). En ce qui concerne l'effet sur l'état de santé physique, seul le lien avec la violence physique est significatif. Même si plusieurs études ont pu mesurer des associations entre différentes formes de maltraitance pendant l'enfance et l'état de santé physique à l'âge adulte[54], l'indicateur de santé physique de la présente analyse ne permet pas de saisir ces associations. Cette situation est peut-être attribuable à la mesure des problèmes de santé physique dans l'ESCC – Santé mentale 2012, puisque sa période de référence est « six mois ou plus » alors que la mesure des problèmes de santé mentale utilise la période « au cours de la vie ».

À l'instar d'autres résultats de recherche[55], le fait de vivre plus d'une forme de violence est associé à une plus grande vulnérabilité face aux troubles mentaux ou liés à la consommation de substances, aux pensées suicidaires de même qu'aux tentatives de suicide. Par ailleurs, les analyses montrent que même si les personnes appartiennent à la catégorie de fréquence la moins élevée pour la violence physique ou sexuelle (« 1 à 5 fois »), elles ont une plus grande probabilité de présenter certains problèmes de santé mentale à l'âge adulte. C'est donc dire que la fréquence d'exposition à ces conduites violentes pendant l'enfance et l'adolescence n'a pas besoin d'être élevée pour que ces problèmes surviennent à l'âge adulte. Higgins (2004)[56] avance que la nature des comportements violents ou négligents auxquelles un enfant est exposé doivent être davantage considérées que seule la forme de maltraitance vécue pour expliquer les conséquences psychologiques subséquentes.

La mesure d'un phénomène sensible et complexe comme la violence, au moyen de données d'enquête, comporte des limites qu'il convient de mentionner. Les facteurs de risque ou de protection impliqués dans la construction de l'empreinte de la violence dans la vie des gens demeurent difficilement mesurables par le biais d'une enquête transversale comme l'ESCC. Même si celle-ci permet de mettre en exergue l'effet cumulatif de certaines formes de violence, elle ne peut rendre compte des interactions complexes entre les événements de la vie ni des processus par lesquels les expériences se perpétuent ou se modifient pour forger ou influencer la santé mentale[57].

Certains auteurs avancent que les liens entre la maltraitance pendant l'enfance et les maladies chroniques à l'âge adulte peuvent être influencés par des variables liées au contexte familial (monoparentalité, alcoolisme des parents, violence conjugale) ou au lien d'attachement entre l'enfant et ses parents[58,59]. D'autres proposent que les liens entre la victimisation pendant l'enfance et l'état de santé mentale à l'âge adulte sont aussi influencés par la victimisation à l'âge adulte[60]. Ainsi, la victimisation dans l'enfance provoquerait plutôt une vulnérabilité accrue quant aux conséquences de la violence vécue à l'âge adulte sur l'état de santé mentale de l'individu. Bien que toute la complexité des liens entre violence et santé ne puisse être documentée à partir d'une seule enquête transversale, il convient de mentionner que les tailles d'échantillon sur lesquelles reposent ces analyses permettent de produire des estimations fiables sur les mauvais traitements physiques vécus pendant l'enfance[61] et sur l'état de santé à l'âge adulte tout en contribuant à l'amélioration de notre connaissance du phénomène.

En somme, cette étude a permis de confirmer que la violence s'insère tôt dans la vie des Québécois, car près de 3 sur 10 vivent au moins une expérience de violence avant d'atteindre l'âge de 16 ans. Elle a permis aussi de déceler des changements dans le vécu des plus jeunes générations, aspects qui devront être mesurés de nouveau afin de suivre leur évolution. Elle a permis enfin de mesurer les effets cumulatifs que peuvent avoir les événements violents vécus pendant l'enfance sur l'état de santé mentale et physique. Il est de plus en plus évident que l'état de santé à l'âge adulte ne peut être examiné sans d'abord tenir compte des expériences de violence vécues durant l'enfance.

---

54. R. E. NORMAN, M. BYAMBAA, R. De, A. BUTCHART, J. SCOTT et T. VOS (2012), *The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis*, [En ligne]. [journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001349] (Consulté le 23 février 2015).
55. R. E. NORMAN, M. BYAMBAA, R. DE, A. BUTCHART, J. SCOTT et T. VOS, *op. cit.*
56. D. HIGGINS (2004), *Differentiating between child maltreatment experiences*, [En ligne]. [aifs.gov.au/sites/default/files/FM69.pdf] (Consulté le 23 janvier 2015).
57. N. HALFON, K. LARSON, M. LU, E. TULLIS et S. RUSS (2014), "Lifecourse health development: past, present and future", *Maternal and Child Health Journal*, vol. 18, nº 2, p. 344-365.
58. M. SCHAFER, P. M. MORTON et K. F. FERRARO (2014), *Child maltreatment and adult health in a national sample: Heterogeneous relational contexts, divergent effects?*, [En ligne]. [www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/1319.pdf] (Consulté le 26 janvier 2015).
59. K. W. SPRINGER, J. SHERIDAN, D. KUO et M. CARNES (2007), *Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population based sample of men and women*, [En ligne]. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3031095/pdf/nihms25439.pdf] (Consulté le 2 novembre 2015).
60. S. THORESEN, M. MYHRE, T. WENTZEL-LARSEN, H. F. AAKVAAG et O. K. HJEMDAL, *op. cit.*
61. M. SHIELDS, W. HOVDESTAD et L. TONMYR, *op. cit.*

## À propos de l'ESCC – Santé mentale 2012

L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) est une série d'enquêtes générales et thématiques réalisées par Statistique Canada. L'ESCC – Santé mentale, menée en 2002 et en 2012, est une enquête transversale qui cherche à dresser un portrait de la santé mentale des Canadiens de 15 ans et plus et de leur utilisation des services de santé mentale. Elle documente certaines maladies mentales, des problèmes de santé mentale, des troubles liés à la consommation de substances (alcool et drogue) ainsi que certains aspects liés au bien-être.

La population cible exclut les résidents des trois territoires, des réserves indiennes et des terres de la Couronne, des établissements institutionnels, des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. Les données ont été recueillies en 2012 auprès de 25 113 Canadiens dont 4 348 Québécois; le taux de réponse pour le Québec est de 70,4 %. La collecte des données s'est déroulée entre janvier et décembre 2012 à l'aide d'entrevues assistées par ordinateur (entrevues en face-à-face [87 %] et par téléphone [13 %]). L'estimation de la variance a été faite à l'aide des poids d'auto-amorçage (*bootstrap*) afin de tenir compte du plan de sondage complexe de l'enquête. La pondération de toutes les estimations présentées dans cette publication permet de faire de l'inférence à l'ensemble de la population du Québec.

Pour en savoir plus sur l'ESCC – Santé mentale 2012, veuillez consulter le site Web suivant : www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015

Ce bulletin est réalisé par la Direction des statistiques de santé en vertu du Programme de mise en valeur des données d'enquêtes de l'ISQ.

Ont collaboré à la réalisation :
Kate Dupont, vérification des chiffres
Direction des statistiques de santé

Nicole Descroisselles, révision linguistique
Anne-Marie Roy, mise en page
Direction des communications

Pour plus de renseignements :
Jasline Flores
Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, 5e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8

Téléphone : 514 873-4749 (poste 6036)
Télécopieur : 514 864-9919
Courriel : contactsante@stat.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
1er trimestre 2016
ISSN 1911-5539 (PDF)

© Gouvernement du Québec,
Institut de la statistique du Québec, 2006

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm

Institut de la statistique Québec