



# Vers un cadre conceptuel :

Traumatismes, violence familiale et santé

---



## Citation suggérée :

Baker, L., Straatman, A.L., Etherington, N., O'Neil, B., Heron, C., Sapardanis, K. (2016). Vers un cadre conceptuel : Traumatismes, violence familiale et santé. London (Ontario) : Centre de connaissances, Learning Network, Centre for Research & Education on Violence against Women & Children.

ISBN 978-1-988412-09-2

Also available in English under the title:

Towards a conceptual framework: Trauma, Family Violence and Health

©: Centre for Research & Education on Violence against Women & Children



**Western**

Centre for Research & Education on  
Violence Against Women & Children

# Table des matières

<b>Traumatismes, violence familiale et santé</b> .....	4
Introduction .....	4
Définition du traumatisme dans le contexte de la violence conjugale et de la maltraitance des enfants .....	5
Examen de l'incidence des traumatismes sur la santé .....	9
Vers un cadre pour comprendre la violence, les traumatismes et la santé .....	12
Le modèle socioécologique .....	12
La perspective du parcours de vie .....	12
Intersectionnalité, ou l'importance du contexte .....	13
Un cadre de santé tenant compte des traumatismes .....	14
<b>Conclusion</b> .....	16
<b>Références</b> .....	18

# Traumatismes, violence familiale et santé

## Introduction

La violence familiale constitue un véritable enjeu de santé publique et a des conséquences sérieuses, parmi lesquelles des expériences traumatisantes. Il existe un lien avéré entre les traumatismes et les effets à court comme à long terme sur la santé physique et mentale, à commencer par les troubles du sommeil, un affaiblissement du fonctionnement du système immunitaire, le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, le trouble de stress post-traumatique (TSPT), l'anxiété et la dépression (Lind et al., 2016; Petrov et al., 2016; Lagdon, Armour, & Stringer, 2014; Mason et al., 2013; Out et al., 2012; Irish et al., 2010; Dutton et al., 2006; Seng et al., 2005; Woods et al., 2005; Reiche, Nunes & Morimoto, 2004; Shaw & Krause, 2002; Clum et al., 2001). Du point de vue de la santé publique, une attention accrue a été accordée aux traumatismes issus de la violence familiale et à leurs effets sur le bien-être. Il importe de poursuivre les efforts pour que la santé publique en général et des réponses tenant compte des traumatismes en particulier parviennent à rejoindre les victimes de violence familiale; ceci est indispensable pour favoriser la prévention et les interventions au cours de la vie, mais aussi pour améliorer la santé des personnes confrontées à la violence et les services qui leur sont offerts.

Globalement, la violence familiale se définit par toute forme de mauvais traitements (aussi appelés maltraitance) ou de négligence infligée à un enfant ou à un adulte par un membre de la famille ou par « quelqu'un avec lequel il entretient une relation intime » (Agence de la santé publique du Canada, 2014). L'Agence de la santé publique du

Canada (2014) mentionne entre autres exemples : les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, le mariage précoce et forcé, la violence à l'égard des femmes, des jeunes filles et des fillettes au nom de « l'honneur », la mutilation génitale féminine, la violence conjugale et les mauvais traitements à l'égard des enfants (y compris la négligence et l'exposition de l'enfant à la violence conjugale). Le présent document se penche plus particulièrement sur la violence conjugale et sur les mauvais traitements à l'égard des enfants. Tous deux constituent des formes de violence familiale extrêmement répandues dans le monde et suscitent de graves inquiétudes sur le plan de la santé publique, notamment en raison des effets néfastes et variés qu'ils peuvent avoir sur le bien-être tout au long de la vie.

Après avoir examiné les effets des traumatismes sur la santé dans le contexte de la violence familiale et des mauvais traitements à l'égard des enfants, nous étudierons trois modèles théoriques et leur pertinence du point de vue de la promotion de la santé tenant compte des traumatismes chez les enfants et les adultes qui ont survécu à ces sévices. Enfin, en incorporant le modèle de SAMHSA (SAMHSA, 2014a), nous décrirons un cadre de santé tenant compte des traumatismes qui servira, à établir d'indicateurs de résultats dans le domaine de la promotion de la santé tenant compte des traumatismes.

## Définition du traumatisme dans le contexte de la violence conjugale et de la maltraitance des enfants

Selon les recherches, environ 76 % des adultes au Canada déclarent avoir été exposés à au moins un type de traumatisme au cours de leur vie, et 9 % d'entre eux présentent des symptômes correspondant au trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Van Ameringen, 2008). Un traumatisme peut résulter d'un événement isolé, d'une série d'événements ou de circonstances particulières qui menace(nt) l'intégrité

physique ou psychologique d'une personne et dépasse(nt) sa capacité à y faire face (BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council, 2013). Le traumatisme varie selon l'ampleur, la fréquence, la durée, la complexité et la source de ou des expériences qui l'ont engendré. On peut répartir les traumatismes en cinq types, résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau n° 1. Types de traumatismes

TYPE	DESCRIPTION	EXEMPLES
<b>Traumatisme causé par un seul incident</b>	Traumatisme lié à un événement inattendu et accablant	Accident de voiture, désastre naturel, perte soudaine, violence communautaire (p. ex., fusillade dans une école), épisode isolé de maltraitance ou d'agression, exposition à la violence comme témoin
<b>Traumatisme complexe ou répétitif</b>	Traumatisme lié à une expérience traumatisante qui s'inscrit dans la durée	Guerre, expériences vécues comme immigrant(e)/réfugié(e) (p. ex., déplacement forcé), maltraitance continue, violence conjugale
<b>Traumatisme développemental</b>	Traumatisme continu ou répétitif pendant l'enfance, souvent au sein du système de soins à l'enfance, entravant un attachement et un développement sains	Négligence, abandon, violence ou agression physique, violence affective, exposition à la violence ou à la mort comme témoin, coercition ou trahison
<b>Traumatisme intergénérationnel</b>	Effets psychologiques ou affectifs susceptibles d'être ressentis par une personne vivant avec une personne ayant vécu un traumatisme	Enfants vivant avec un parent ou un gardien qui a fait l'objet de maltraitance, enfants de survivants de pensionnats indiens
<b>Traumatisme historique</b>	Blessure affective et psychologique accumulée au cours de la vie et de plusieurs générations, émanant d'un grave traumatisme de groupe, infligée par une population dominante et asservissante; le traumatisme intergénérationnel est un aspect du traumatisme historique	Génocide, colonialisme, esclavage, guerre

Source: BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council, 2013.

« Un traumatisme individuel résulte d'un événement, d'une série d'événements ou d'un ensemble de circonstances qu'un individu perçoit comme étant néfastes à son intégrité physique ou affective ou comme potentiellement mortels, et a des effets nuisibles sur son fonctionnement et sur son bien-être mental, physique, social, affectif ou spirituel. »

SAMHSA, 2014b, p.7.

De nombreuses expériences peuvent s'avérer traumatisantes, mais nous nous intéressons ici plus particulièrement à la violence conjugale et à la maltraitance des enfants – qu'on peut retrouver dans chacune des catégories ci-dessus. Il est important de souligner que la violence conjugale et la maltraitance des enfants n'aboutissent pas systématiquement à un traumatisme. En effet, même si de nombreuses expériences violentes sont intrinsèquement considérées comme étant traumatisantes, ce n'est pas l'événement lui-même qui constitue le facteur déterminant de la présence ou de l'absence de traumatisme, mais plutôt « l'expérience que l'individu en a et le sens qu'il lui attribue » (Klinic

Community Health Centre, 2013, p.9.). Deux personnes exposées au même événement peuvent donc différer dans la perception qu'elles ont de son caractère potentiellement traumatisant (SAMHSA, 2014). Des facteurs de protection (p. ex. estime de soi, soutien social ou autorégulation) peuvent

neutraliser la dimension traumatisante d'un événement; toutefois, tous les individus n'y ont pas accès. La santé et le bien-être de certains risquent donc d'être affectés plus que d'autres suite à un traumatisme (Klinic Community Health Centre, 2013; Pearlin, 2010). Le présent document examine des situations au cours desquelles la violence conjugale et la maltraitance des enfants ont généré des effets à la fois directs et indirects sur la santé. Nous reconnaissons en outre que les personnes confrontées à la violence conjugale et à la maltraitance des enfants peuvent, dans le passé ou le présent, avoir également été exposées à des formes de traumatismes sortant du cadre de la violence familiale (ainsi, une personne ayant vécu de la violence conjugale peut aussi être affectée par un traumatisme intergénérationnel relié aux pensionnats indiens).

La violence conjugale désigne toute une gamme de comportements violents adoptés par un partenaire actuel ou ancien et ayant occasionné des dommages, notamment physiques, sexuels, psychologiques ou affectifs. (Sinha, 2013). Ces aspects de la violence conjugale sont définis dans le tableau n° 2.

## Tableau n° 2. Formes de violence conjugale et définitions

<b>Violence physique</b>	Blessure physique ou décès résultant du recours intentionnel à la force physique (p. ex. : pousser, bousculer, jeter par terre, mordre, tirer les cheveux, étrangler, donner une gifle ou un coup de poing, brûler, utiliser une arme, utiliser son corps, sa taille ou sa force contre quelqu'un d'autre)
<b>Violence sexuelle</b>	Actes sexuels commis à l'encontre d'un(e) partenaire intime sans son libre consentement (actes sexuels contraints par la force physique ou induits par l'alcool ou la drogue, pression « non physique » exercée pour se livrer à des actes sexuels – par la peur, les menaces verbales, l'intimidation, en forçant un(e) partenaire à s'adonner à des pratiques sexuelles dangereuses ou humiliantes, actes sans contact de nature sexuelle – commentaires sexuels, voyeurisme, exhibitionnisme)
<b>Violence psychologique ou affective</b>	Recours à des mots ou des actes pour contrôler ou effrayer un(e) partenaire intime, ou pour annihiler le respect de soi (p. ex. : insultes, humiliation publique, intimidation, contrôle coercitif, blessures infligées aux animaux, destruction de biens personnels, menaces de violence physique ou sexuelle, contrôle de la santé reproductive ou sexuelle – dissimulation des pilules contraceptives, exploitation)

Source : Adapté de Sinha, 2013 & ASPC, 2014.

Typiquement de nature chronique, la violence conjugale a des effets particuliers sur la constitution du traumatisme. Même quand elle est constante ou répétée – ce qui est fréquent – elle garde un caractère imprévisible et engendre des conséquences plus graves (Katerndahl et al., 2010; Engnes, Liden & Lundgren, 2012; Herman, 1992a,b). Commise par un proche, ce type de violence s'accompagne en outre d'une trahison de la confiance et d'une rupture des liens affectifs – ce qui peut être en soit fortement traumatisant (Scott & Babcock, 2010).

La violence conjugale peut se produire quels que soient le type de relation et le sexe des personnes impliquées; le caractère d'intimité sexuelle est souvent présent, mais pas obligatoirement. Les données canadiennes communiquées par les services policiers ont recensé 341 victimes de violence conjugale pour 100 000 habitants en 2011, dont 80 % de femmes (Sinha, 2013). Le taux est particulièrement élevé chez les jeunes femmes (de 15 à 24 et de 25 à 34 ans) et chez les femmes marginalisées (p. ex., femmes autochtones). Au niveau mondial,

on estime à 30 % environ le pourcentage de femmes ayant fait l'objet de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire intime (OMS, 2013). Bien que la violence conjugale soit le plus souvent perpétrée par des hommes à l'encontre de femmes, les hommes peuvent aussi y être confrontés. Les données des services policiers indiquent en effet que 147 hommes sur 100 000 ont été victimes de violence conjugale au Canada – comparativement à 574 femmes sur 100 000 (Sinha, 2012). Il est néanmoins possible que le taux soit sous-estimé chez les hommes, puisque, selon des recherches américaines, les hommes sont moins susceptibles que les femmes de signaler les cas de violence (Black et al., 2011).

La maltraitance des enfants comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques, sexuels et psychologiques à l'encontre d'un enfant, ainsi que la négligence et l'exposition à la violence conjugale (Agence de la santé publique du Canada, 2010). Les formes plus spécifiques de maltraitance des enfants sont définies plus en détail et accompagnées d'exemples dans le tableau n° 3.

**Tableau n° 3. Formes de maltraitance à l'égard des enfants et définitions.**

<b>Sérvices physiques</b>	Tout acte d'agression physique dirigé à l'encontre d'un enfant (p. ex. : secouer, pousser, battre avec un objet, mordre, étrangler).
<b>Sérvices sexuels</b>	Agression ou exploitation sexuelle d'un enfant par un adulte ou un enfant plus âgé, au sein ou en dehors de la famille (p. ex. : pénétration, attouchements, pornographie).
<b>Sérvices psychologiques/ affectifs</b>	Fait de terroriser ou menace de violence (p. ex. : menace à l'encontre d'objets chéris par l'enfant), violence verbale ou rabaissement de l'enfant (p. ex. : insultes), isolement ou enfermement (p. ex. : couper sciemment un enfant d'autres enfants), manque d'attention ou d'affection (p. ex. : absence d'interaction parentale), comportement visant à exploiter ou à corrompre (p. ex. : encourager l'enfant à adopter un comportement criminel).
<b>Négligence</b>	Non-satisfaction des besoins fondamentaux, et absence de protection et de supervision adéquates vis-à-vis de l'enfant (p. ex. : ne pas nourrir correctement l'enfant ou ne pas le faire soigner).
<b>Exposition à la violence conjugale</b>	Situation dans laquelle l'enfant est témoin de violence physique ou verbale entre des partenaires intimes et peut voir ou entendre la violence (directement); situation dans laquelle l'enfant n'est pas directement témoin de violence mais en subit les conséquences, soit en en entendant parler, soit en en ressentant les effets dans sa vie (indirectement); situation dans laquelle l'enfant est exposé à une violence affective entre partenaires intimes.
Source : Agence de la santé publique du Canada, 2010.	



Les cas de mauvais traitements à l'égard des enfants sont difficiles à déceler et leur taux varie selon les méthodes utilisées pour recueillir les données (Hambrick et al., 2014). L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants est l'une des rares recherches nationales à étudier la prévalence des cas de maltraitance des enfants (Tonmyr, Ouimet, & Ugnat, 2012). Cette étude s'est appuyée sur des rapports établis directement par des travailleurs des services de protection de l'enfance pour relever les taux de maltraitance dans les quatre catégories s'y rapportant. Parmi les 6 163 cas corroborés de mauvais traitements à l'égard d'enfants de tous âges, on a recensé des sévices physiques dans 20 % des cas, des sévices sexuels dans 3 % des cas, des sévices affectifs dans 9 % des cas, de la négligence dans 34 % des cas et une exposition à la violence conjugale dans 34 % des cas (ASPC, 2010). Une analyse approfondie des données de cette étude concernant les enfants des Premières Nations a révélé que, parmi les cas de maltraitance corroborés, la négligence constituait la principale catégorie avec 46 % des cas, suivie de l'exposition à la violence conjugale dans 36 % des cas, des sévices physiques dans 23 % des cas, des sévices affectifs dans 9 % des cas et des sévices sexuels dans 3 % des cas (Sinha, Trocme, Fallon, MacLaurin, Fast, Prokop et al, 2011).

La maltraitance des enfants a des effets directs sur leur sain développement et sur leur capacité à réussir leur vie, ce qui peut accroître le risque de maladie à l'âge adulte (OMS, 2016). En fait, l'Organisation mondiale de la Santé a relevé la maltraitance des enfants parmi les facteurs contribuant au ralentissement du développement socioéconomique d'une nation. Les problèmes de santé résultant de la maltraitance des enfants pèsent lourd dans la charge mondiale de la morbidité (OMS, 2016). Ce type de maltraitance a souvent tendance à se produire dans le contexte de la violence conjugale; on estime ainsi que la prévalence de la cooccurrence de ces deux phénomènes s'élève à 30 à 60 % (Edleson, 1999; Jouriles et al., 2008; Hamby et al., 2010) et que cela peut constituer un facteur de risque dans la perpétration future de violence conjugale (voir l'analyse d'Etherington & Baker, 2016a). Les mauvais traitements à l'égard des enfants peuvent être d'autant plus traumatisants qu'ils sont infligés par une personne chargée de leur prodiguer soins, amour, chaleur et soutien, et dont leur protection et leurs besoins fondamentaux dépendent. Ce type de violence familiale peut être chronique, impliquant souvent de multiples formes de sévices et risquant ainsi d'exacerber plus encore les traumatismes ressentis.

# Examen de l'incidence des traumatismes sur la santé

D'importantes recherches ont été menées sur l'incidence des traumatismes et de la violence familiale sur la santé et le bien-être (e.g. Lum et al., 2016; Lopez-Martinez et al., 2016; Ely et al., 2004; Lagdon et al., 2014; Macy et al., 2009; Wong & Mellor, 2014; OMS, 2013; Blasco-Ros, Herbert & Martinez, 2014; Herrenkohl et al., 2013; Dillon et al., 2013). Cette partie recense les conséquences, sur la santé physique, psychologique, comportementale et interpersonnelle, spécifiquement associées aux traumatismes survenus dans le contexte de la violence familiale et de la maltraitance des enfants (voir le tableau n° 4). De façon générale, les conséquences d'un traumatisme sont plus graves dans le cas d'expositions multiples ou chroniques et peuvent être durables, surtout dans le domaine de la santé mentale (voir l'analyse D'Andrea et al., 2011). Les traumatismes résultant de la violence conjugale ou de mauvais traitements à l'égard des enfants peuvent avoir diverses conséquences directes et indirectes sur la santé, et éventuellement conduire à d'autres troubles concomitants, tels que la consommation de substances.

Les effets des traumatismes sur la santé devraient être étudiés dans le contexte des inégalités préexistantes ou des différences dans le domaine de la santé des Canadiennes et Canadiens, toutes étant basées sur les circonstances structurelles ou sur les conditions socioéconomiques dans lesquelles évoluent les individus. Les recherches montrent que des facteurs tels que le sexe, le revenu, le niveau d'études, l'ethnicité ou la culture, le statut d'autochtone et le statut d'immigrant influent de façon déterminante sur l'état de santé (Groupe de travail sur les disparités en matière de santé, 2005; Initiative sur la santé de la population canadienne, 2004; Gouvernement du Canada, 2008; Initiative sur la santé de la population canadienne, 2008). Ces facteurs, ainsi que plusieurs

autres, sont communément surnommés « déterminants sociaux de la santé » (voir ASPC, 2016) et sont associés aux inégalités constatées dans des domaines tels que la mortalité, le développement des jeunes enfants, les comportements liés à la santé (p. ex. : fumer ou faire de l'exercice), le recours aux soins de santé (p. ex. : visites chez le médecin), les maladies mentales, la morbidité et l'invalidité (Réseau pancanadien de santé publique, 2010). Certains individus peuvent donc être plus vulnérables face aux problèmes de santé, ce qui peut renforcer le traumatisme initial, ou renforcer les effets de ce traumatisme sur la santé.

La durée prolongée et la récurrence des traumatismes associés à la violence conjugale augmentent le risque de conséquences graves pour la santé (e.g., Lum et al., 2016; Beydoun, Beydoun, Kaufman, Lo, & Zonderman, 2012; Ely, Dulmus, & Wodarski, 2004; Haskell, 2001; Jones, Hughes, & Unterstaller, 2001; Lagdon et al., 2014; Macy, Ferron, & Crosby, 2009; Wathen, 2012; Wong & Mellor, 2014; WHO, 2013). Les effets les plus répandus de la violence familiale sur la santé sont le TSPT et la dépression. Le taux de TSPT chez les femmes confrontées à la violence conjugale varie fortement – de 14 à 92 % d'entre elles en présentent au moins un ou plusieurs symptômes (Dillon et al., 2012). On a constaté que le TSPT constituait également un effet à long terme de la violence familiale, certaines femmes continuant à en ressentir fortement les symptômes neuf années encore après la fin d'une relation marquée par la

## Déterminants de la santé

Il a été démontré que les facteurs suivants influent fortement sur la santé des Canadiennes et des Canadiens :

- Statut d'autochtone
- Invalidité
- Petite enfance
- Éducation
- Emploi et conditions de travail
- Insécurité alimentaire
- Services de santé
- Sexe de la personne
- Logement
- Revenu et répartition du revenu
- Race
- Exclusion sociale
- Filet de sécurité sociale
- Chômage et précarité de l'emploi

Raphael (2009)

violence (Wong & Mellor, 2014). Pour ce qui est de la dépression, les femmes victimes de violence conjugale semblent en souffrir de deux à cinq fois plus que les autres femmes (Beydoun et al., 2012; Wathen, 2012). Si le type de violence conjugale subi ne paraît pas jouer un rôle majeur dans le développement de la dépression, il semblerait que la violence psychologique puisse aggraver les symptômes dépressifs (Lagdon et al., 2014). De plus, la victimisation répétée augmente fortement le risque de dépression majeure (Lagdon et al., 2014).

Les effets physiques de la violence conjugale sur la santé sont très variés,

allant de blessures de courte durée à la mort. Ces effets se répartissent en trois catégories : les effets immédiats et directs (c.-à-d., mort et blessures); les effets durables et directs (c.-à-d., invalidité et maladie chronique) et les effets indirects (c.-à-d. : comportements liés à la santé, comme le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique) (Wong & Mellor, 2014). Bien que certains soient plus graves que d'autres, tous les effets de la violence conjugale sur la santé physique peuvent être profondément marquants. Le tableau n° 4 résume les effets de la violence conjugale sur la santé et le bien-être de celles et ceux qui y sont exposés.

**Tableau n° 4. Effets de la violence conjugale sur la santé et le bien-être**

PHYSIQUES	PSYCHOLOGIQUES/ AFFECTIFS	COMPORTEMENTAUX	INTERPERSONNELS
Blessures physiques (ex. : coupures, hématomes, entorses, fractures) Lésion cérébrale Maladie cardiovasculaire Hypertension Arthrite Syndrome du côlon irritable Douleurs chroniques Problèmes liés à la santé reproductive et gynécologique Troubles somatoformes Qualité de vie et état de santé autodéclarés mauvais Troubles du sommeil Invalidité Mort	Trouble de stress post-traumatique Problème de maîtrise de la colère Anxiété Symptômes dépressifs Troubles dépressifs majeurs Tendances suicidaires Trouble obsessionnel compulsif État de santé mentale autodéclaré mauvais Mauvaise régulation des émotions	Troubles alimentaires Toxicomanie Consommation élevée de médicaments Automutilation Comportements sexuels à haut risque	Conflits relationnels fréquents Revictimisation Perpétration d'actes violents Difficulté à établir et à entretenir des relations
Adapté de : Lum et al., 2016; Wong & Mellor, 2014; OMS, 2013.			

Les recherches font constamment le lien entre la maltraitance des enfants et les problèmes de santé qui peuvent se produire au cours de la vie (e.g. Briere & Jordan, 2009; Fry et al., 2012; Hébert

et al., 2016). L'examen de plusieurs cas corroborés de maltraitance a révélé que 28 % des enfants présentaient des problèmes de santé autres qu'une blessure physique immédiate, comme de l'asthme ou un retard

de croissance d'origine non organique (Santé Canada, 2005). Les blessures affectives semblent plus courantes que les blessures physiques; en effet, 34 % des enfants souffrent de blessures affectives, et 21 % requièrent un traitement. On observe cet effet plus particulièrement chez les enfants qui ont subi des sévices sexuels (Santé Canada, 2005).

Une récente recherche canadienne montre que les effets négatifs sur la santé des enfants victimes de mauvais traitement continuent souvent de se manifester à l'âge adulte. Plus précisément, les résultats dénotent un risque accru de problèmes physiques (p. ex. : problèmes de dos, cancer, fatigue chronique, accident vasculaire cérébral), la perception d'être en mauvaise santé et des problèmes de santé mentale (p. ex. : anxiété, dépression et trouble de stress post-traumatique) (Afifi et al., 2016; Afifi et

al., 2014). Dans de nombreux cas, le risque d'encourir des problèmes physiques à l'âge adulte était d'environ 1,5 à 3 fois plus élevé que chez les individus n'ayant pas subi de mauvais traitements pendant l'enfance (Afifi et al., 2016). En ce qui a trait à la santé mentale, le risque était de 1,4 à 7,9 plus élevé (Afifi et al., 2014). En d'autres termes, les enfants victimes de maltraitance sont de 1,5 à 8 fois plus susceptibles de souffrir d'effets psychologiques ou affectifs à l'âge adulte, selon le type d'effet considéré. La suicidalité est particulièrement préoccupante au regard des résultats, étant donné que les expériences de sévices sexuels multiplient par 8 la probabilité de tentative de suicide, comparativement aux individus n'ayant pas été victimes de maltraitance pendant l'enfance. Les effets de la maltraitance des enfants sur la santé et le bien-être des enfants sont résumés dans le tableau n° 5.

**Tableau n° 5. Effets de la maltraitance des enfants sur la santé et le bien-être des enfants**

PHYSIQUES	PSYCHOLOGIQUES/ AFFECTIFS	COMPORTEMENTAUX	INTERPERSONNELS
Douleur Nombre accru d'interventions chirurgicales Taux accru d'hospitalisation Symptômes somatiques Obésité Maladie chronique/ maladie à l'âge adulte ou plus tard	Anxiété Troubles dépressifs majeurs Trouble oppositionnel avec provocation Troubles de comportement Trouble de stress post-traumatique Détresse psychologique Manque d'estime de soi Tendances suicidaires Symptômes psychiatriques Comportement antisocial et troubles de la personnalité Mauvaise régulation des émotions Troubles cognitifs	Comportements sexuels à haut risque Initiation précoce au tabagisme Consommation et abus de substances/toxicomanie (drogues et alcool) Troubles alimentaires Automutilation Incidence sur le niveau d'éducation (peu élevé)	Tendance à la revictimisation Difficulté à établir des relations Violence dans les fréquentations / violence conjugale Intimidation
Briere & Jordan, 2009; Fry et al., 2012; Rodgers et al., 2004; Zimmerman & Mercy, 2010; Rogosch et al., 2011; Herrenkohl et al., 2008; Romano, Babchishin, Marquis, & Fréchette, 2015.			

# Vers un cadre pour comprendre la violence, les traumatismes et la santé

L'application du modèle socioécologique aux traumatismes et à leurs effets, ainsi qu'à la prévention en matière de santé publique peut s'accompagner d'autres cadres de

santé, tels la perspective du parcours de vie (voir Elder, Johnson & Crosnoe, 2003) et la théorie de l'intersectionnalité (voir Hankivsky, 2011).

## Le modèle socioécologique

Le modèle socioécologique joue un rôle fondamental dans l'approche de santé publique adoptée en matière de prévention de la violence (pour des exemples, voir CDC, 2015; Miszkurka, Steensma, & Phillips, 2016). Ce modèle perçoit la violence comme un comportement complexe qui s'explique par les interactions de multiples facteurs se rapportant aux individus et aux différents contextes dans lesquels ils vivent, apprennent, se divertissent et travaillent. Pour répondre aux besoins des personnes confrontées à la violence et pour prévenir la violence, il convient de s'intéresser à quatre niveaux de contexte, dotés d'un effet aggravant ou dissuasif sur la violence : individuel, relationnel/interpersonnel, communautaire et sociétal. Le tableau n° 6 résume les facteurs associés à ces quatre niveaux.

Des activités de prévention et d'intervention ciblent les différents facteurs de risque et de protection à chacun des niveaux. Il existe donc de multiples occasions

d'instaurer une stratégie de prévention multidimensionnelle et multiforme. Au niveau individuel, la promotion de la santé des personnes ayant vécu un traumatisme pourrait ainsi sensibiliser les élèves du secondaire aux risques que présentent certains comportements associés aux traumatismes ou à la violence familiale (p. ex., tabagisme, alcool, drogues) et proposer des programmes pour développer des stratégies d'adaptation favorables à la santé (yoga ou sport, par exemple). Au niveau interpersonnel, les élèves pourraient suivre des programmes pour apprendre à négocier des rapports sexuels protégés. Une stratégie de prévention communautaire pourrait comporter des services d'évaluation confidentielle, de dépistage des IST et d'accompagnement dans une halte-accueil santé pour les jeunes. Enfin, des initiatives sociétales pourraient comporter des politiques pour financer la participation d'adolescents de milieux défavorisés à des sports d'équipe.

## La perspective du parcours de vie

Une approche de la santé axée sur le parcours de vie souligne les dimensions temporelle et sociale de la santé. Dans cette perspective, la santé est perçue comme un processus dynamique qui s'étend de la période prénatale à la vieillesse. Ce processus est influencé par les contextes social, économique et culturel, et débordent du cadre individuel de la vie d'une personne, en empiétant sur plusieurs générations. En outre, la santé et les facteurs qui l'influencent ne sont pas statiques. En d'autres termes, la santé et

ses déterminants peuvent évoluer dans le temps; retrouver du travail après plusieurs années de chômage, par exemple, aura une incidence positive sur la santé d'un individu.

Tenant compte du caractère dynamique de ces processus, la perspective du parcours de vie souligne le lien entre les événements survenus dans l'enfance et la qualité de vie ultérieure, ainsi que leur effet cumulatif. Il importe de prendre ce principe en considération, vu le caractère

souvent cumulatif lui aussi de la violence, des traumatismes et des facteurs de stress qui leur sont associés. Ainsi, une personne peut avoir été confrontée dans l'enfance à des sévices physiques commis par un parent, puis à des sévices sexuels commis pendant l'adolescence par l'un de ses pairs et à des sévices psychologiques

pendant le mariage. Outre la revictimisation, la violence peut avoir un effet cumulatif au sein d'une relation, puisqu'il s'agit souvent d'un processus plutôt que d'un événement distinct (Williams, 2003). La violence conjugale est souvent chronique et durable, chaque épisode de violence se greffant sur les précédents.

**Tableau n° 6. Niveaux et facteurs du modèle socioécologique.**

<b>PALIER :</b>	<b>FACTEURS :</b>
<b>Individuel</b>	Relève les facteurs biologiques et les antécédents personnels, tels que l'âge, le niveau d'études, le revenu, la consommation de substances ou la toxicomanie, qui augmentent la probabilité de perpétrer des actes de violence ou d'en être victime
<b>Relationnel/ interpersonnel</b>	Étudie les proches relations susceptibles d'augmenter le risque de subir ou de commettre des actes de violence. Le cercle immédiat d'un individu – homologues, partenaires et famille – influence ses comportements et joue un rôle important dans la diversité des expériences qu'il vit.
<b>Communautaire</b>	Examine le cadre – école, travail, voisinage – dans lequel se déroule la vie sociale et cherche à en relever les caractéristiques en lien avec les actes de violence, subis ou commis.
<b>Sociétal</b>	Examine les facteurs sociétaux, tels que la santé, les politiques économiques, éducatives et sociales, qui contribuent à générer un climat dans lequel la violence est encouragée ou inhibée et à entretenir les inégalités socioéconomiques entre les différents groupes sociaux.
Source : CDC (2015) The Social-Ecological Model	

## Intersectionnalité, ou l'importance du contexte

La recherche et l'activisme en matière de violence conjugale et de violence sexuelle sont fondés sur une compréhension intersectionnelle non seulement des systèmes dans lesquels les personnes confrontées à la violence évoluent et des services qu'elles utilisent, mais aussi de la teneur des expériences de violence qu'elles ont vécues et de leur vulnérabilité vis-à-vis de cette violence (e.g. Sokoloff, 2005; Crenshaw, 1991). L'intersectionnalité attire l'attention sur les manières dont les interconnexions issues de la stratification (p. ex. capacité, indigénité, sexe, âge) façonnent les expériences et les changements de vie, ainsi que sur le contexte social (p. ex. inégalités sociales, formes

d'oppression passées et présentes). Par conséquent, la réaction face à la violence conjugale ou aux mauvais traitements à l'égard des enfants peut varier selon les individus; de même, la façon dont ils vivent le traumatisme et leur rapport à la santé s'inscrivent dans – et sont influencés par – les différents contextes dans lesquels ils évoluent.

Quand la recherche étudie la violence, les traumatismes et la santé au sein de divers groupes, elle a tendance à fragmenter les individus en catégories monadiques ou dyadiques. En réalité, ceux-ci peuvent s'identifier à plusieurs groupes distincts et peuvent être influencés par les multiples formes d'oppression auxquelles chacun de

ces groupes est confronté. De plus, aucun axe d'inégalité n'est plus important que les autres, puisque tous sont interconnectés et fonctionnent simultanément, teintant ainsi les expériences individuelles.

Si l'appartenance à plusieurs catégories désavantagées peut avoir des répercussions dans la vie d'une personne, ces effets ne sont néanmoins pas cumulatifs (Dill & Zambrana, 2009). En d'autres termes, « l'incidence d'identités croisées diffère qualitativement de celle de chacune de ces identités, prises séparément ou dans leur ensemble » (Etherington & Baker, 2016b, p. 3, sans soulignement dans l'original). Les personnes confrontées à la violence doivent composer avec de multiples statuts sociaux aussi bien qu'avec diverses formes d'oppression; en conséquence, l'expérience qu'elles ont du traumatisme ou de la santé leur est propre. Il ne s'agit pas de déterminer si une personne ressent des effets « plus importants » ou « plus graves » qu'une autre, mais de saisir le contexte dans lequel ces expériences se déroulent. En outre, il est important, pour interpréter les recherches sur la violence, les traumatismes et la santé au sein de

divers groupes, d'éviter l'amalgame entre les expériences de violence et les stéréotypes associés à des groupes particuliers, car cela risquerait non seulement de masquer la complexité de l'expérience vécue, mais aussi de renforcer les discours oppressifs (p. ex., racisme, capacitisme, homophobie, transphobie).

L'approche tenant compte des traumatismes requiert d'éviter de retraumatiser les individus, sachant que le ce risque est accru chez ceux qui font face à de multiples formes d'oppression (Miller et al., 2016). En outre, on reconnaît de plus en plus la nécessité, pour les chercheurs et les praticiens dans le domaine des traumatismes, de tenir compte des diverses expériences des survivants (voir Bryant-Davies, 2010). Eu égard à l'importance de l'influence du contexte sur la qualité de vie, l'intersectionnalité constitue un élément essentiel des approches qui tiennent compte des traumatismes et visent à améliorer la la santé et le bien-être des personnes confrontées à la violence.

## Un cadre de santé tenant compte des traumatismes

Un modèle socio-écologique (MSÉ) façonné sur la perspective du parcours de vie et sur l'intersectionnalité peut s'appliquer à la fois aux traumatismes et à la santé, puisqu'il utilise de nombreux éléments communs à ces deux domaines, et qu'il reconnaît parallèlement l'influence réciproque des différents niveaux (c.-à-d., individuel, interpersonnel, communautaire et sociétal) sur l'expérience vécue. Il est donc logique d'intégrer les approches liées aux traumatismes et à la santé au sein du modèle socioécologique, mais aussi dans les stratégies d'intervention (voir, par exemple, CDC, 2015; Magruder et al., 2016). SAMHSA (2014a) a élaboré un modèle de ce type, présenté dans la figure n° 1.

Le modèle MSÉ présente une base conceptuelle solide pour promouvoir la santé tenant compte des traumatismes. Plus précisément, les traumatismes sont perçus

dans un cadre plus vaste qui incorpore les facteurs individuels, interpersonnels, communautaires et sociétaux, tous présents avant, pendant et après la survenue du traumatisme. Il reconnaît que les facteurs environnementaux, parmi lesquels notre accès aux ressources, influencent fortement tous les aspects de notre bien-être (voir les déterminants sociaux de la santé, p 8). Le cadre favorise les activités de prévention primaire, secondaire et tertiaire qui traitent des facteurs interdépendants à chacun des niveaux socioécologiques, tout en reconnaissant le lien entre les expériences de l'enfance et celles de la vie adulte, ainsi que l'influence des inégalités sociales interconnectées sur ces expériences (voir le tableau n° 7). Appliqué à la promotion de la santé, ce modèle place les traumatismes au premier plan des interventions adaptées aux différents stades de développement et de la santé.

Figure n° 1. Un modèle socioécologique pour expliquer les traumatismes et leurs effets

## Cadre de santé tenant compte des traumatismes pour les personnes exposées à la violence familiale



Source: SAMSHA, 2014, Page 36

## Tableau n° 7. Exemples de facteurs intervenant à chaque niveau du modèle socioécologique associé aux traumatismes et à leurs effets.

FACTEURS INDIVIDUELS	FACTEURS INTERPERSONNELS/ RELATIONNELS	FACTEURS COMMUNAUTAIRES ET ORGANISATIONNELS	FACTEURS SOCIÉTAUX	FACTEURS CULTURELS ET DÉVELOPPEMENTAUX	DIMENSION HISTORIQUE
<p>Âge</p> <p>État biophysique</p> <p>État de santé mentale</p> <p>Traits de personnalité (p. ex. tempérament)</p> <p>Niveau d'études</p> <p>Sexe de la personne</p> <p>Modes d'adaptation</p> <p>Statut socio-économique</p>	<p>Modes d'interaction avec la famille, les pairs et autres proches</p> <p>Santé mentale des parents et de la famille</p> <p>Traumatismes vécus par les parents</p> <p>Réseau social</p>	<p>Qualité du voisinage</p> <p>Milieu scolaire et/ou milieu de travail</p> <p>Qualité et accessibilité des services sociaux, des services reliés à la violence familiale et des services de santé</p> <p>Cadre religieux</p> <p>Accès aux transports</p> <p>Niveau socio-économique de la communauté</p> <p>Taux d'emploi dans la communauté</p>	<p>Législation</p> <p>Politiques sociales et économiques aux niveaux provinciaux et fédéral</p> <p>Médias</p> <p>Normes sociales</p> <p>Système judiciaire</p>	<p>Normes culturelles collectives ou individualistes</p> <p>Ethnicité</p> <p>Normes subsystemiques culturelles</p> <p>Maturation et développement cognitif</p>	<p>Attitudes sociétales entourant la violence familiale</p> <p>Changements dans la compréhension diagnostique des différentes éditions du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</p>
*Liste non exhaustive. Adapté de SAMHSA, 2014a, p. 16.					

## Conclusion

Les nouvelles données établissent le rapport entre les traumatismes et les expériences de violence familiale dans l'enfance ou à l'âge adulte, ainsi que leurs effets néfastes sur la santé, ce qui clairement pèse lourd sur les épaules des victimes. Si toutes les expériences violentes ne s'avèrent pas traumatisantes et si tous les traumatismes n'entraînent pas des problèmes de santé, un nombre significatif de personnes qui ont vécu un traumatisme connaissent néanmoins par la suite des difficultés d'ordre physique, psychologique/affectif, comportemental et social (Lum et al., 2016; WHO, 2013; Wong

& Mellor, 2014). La santé publique et les approches tenant compte des traumatismes jouent un rôle fondamental pour soutenir les personnes confrontées à la violence familiale ou à la maltraitance des enfants.

Les approches socioécologiques axées sur le parcours de vie et intersectionnelles ajoutent au bien-fondé d'un cadre de santé tenant compte des traumatismes. L'intégration de ces cadres souligne non seulement l'importance des influences socioécologiques sur les traumatismes, et donc sur la santé, mais aussi la

dimension temporelle et les expériences intersectionnelles. Un tel cadre repose sur les prémisses suivantes: il existe un lien de cause à effet cumulatif entre les événements survenus au cours de l'enfance et les expériences ultérieures; les risques et les facteurs de protection associés à la violence ont un rapport étroit avec les facteurs individuels (p. ex., biologiques) et contextuels (p. ex., relationnels, communautaires et sociétaux); les expériences et les changements marquants – y compris l'exposition à la violence, un traumatisme ou la recherche d'aide – sont façonnés par les dimensions interconnectées de la stratification (p. ex. capacité, indigénité, sexe, âge) ainsi que par le contexte social (p. ex. inégalités

sociales, formes d'oppression passées et présentes); et, enfin, la réaction des individus exposés à la violence conjugale, ou aux mauvais traitements au cours de l'enfance, varie de l'un à l'autre.

Les éléments du cadre décrit précédemment figurent dans le modèle socioécologique élaboré par SAMHSA pour comprendre les traumatismes et leurs effets (2014a). Ce cadre heuristique sert de fondement pour mettre en place les valeurs, principes et compétences et, ainsi, promouvoir une santé tenant compte des traumatismes et sensible aux différents paliers de développement.



# Références

- Afifi, T.O., MacMillan, H.L., Boyle, M., Cheung, K., Taillieu, T., Turner, S., & Sareen, J. (2016). Child abuse and physical health in adulthood. *Health Reports*, 27(3), 10-18.
- Afifi, T.O., MacMillan, H.L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., & Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *CMAJ*, Early Online. DOI: 10.1503/cmaj.131792
- Agence de la santé publique du Canada (2016). Déterminants sociaux de la santé. Récupéré du site <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/public-health-topics/social-determinants-of-health/> (See Public Health Agency of Canada (2016)).
- Agence de la santé publique du Canada (2014). Qu'est-ce que la violence familiale? Récupéré du site <http://www.phac-aspc.gc.ca/sfv-avf/info/fv-fra.php> (See Public Health Agency of Canada (2014)).
- Agence de la santé publique du Canada (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008*. Ottawa (Ontario) : Auteur. (See Public Health Agency of Canada (2010)).
- BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council. (2013). Trauma-Informed Practice Guide. Vancouver, BC. Retrieved from [http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013\\_TIP-Guide.pdf](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf)
- Beydoun, H. A., Beydoun, M. A., Kaufman, J. S., Lo, B., & Zonderman, A. B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 75(6), 959-975.
- Black, M.C., Basile, K.C., Breiding, M.J., Smith, S.G., Walters, M.L., Merrick, M.T., Chen, J. & Stevens, M. R. (2011). *The national intimate partner and sexual violence survey: 2010 summary report*. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Blasco-Ros, C., Herbert, J. & Martinez, M. (2014). Different profiles of mental and physical health and stress hormone response in women victims of intimate partner violence. *Journal of Acute Disease*, 3(4), 303-313.
- Briere, J., & Jordan, C. E. (2009). Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women: An overview. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(4), 375-388.
- Bryant-Davis, T. (2010). Cultural considerations of trauma: Physical, mental, and social correlates of intimate partner violence exposure. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy (Special Issue)*, 2(4). 263-265.
- Canadian Population Health Initiative (2004). *Improving the health of Canadians*. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information (voir Initiative sur la santé de la population canadienne (2004)).
- Canadian Population Health Initiative. (2008). *Reducing gaps in health: A focus on socio-economic status in urban Canada*. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information. (voir Initiative sur la santé de la population canadienne. (2008)).

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements. Retrieved from <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/intimatepartnerviolence.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). The Social-Ecological Model: A Framework for Violence Prevention. Retrieved from [https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/sem\\_framework-a.pdf](https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/sem_framework-a.pdf)
- Clum, G. A., Nishith, P., & Resick, P. (2001). Traumarelated sleep disturbance and self-reported physical health symptoms in treatment-seeking female rape victims. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(9), 618-622.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- D'Andrea, W., Sharma, R., Zelechowski, A., & Spinazzola, J. (2011). Physical health problems after single trauma exposure: When stress takes root in the body. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(6), 378-392.
- Dill, B. T., & Zambrana, R. E. (2009). Critical thinking about inequality: An emerging lens. In B. T. Dill & R. E. Zambrana (Eds.), *Emerging intersections: Race, class, and gender in theory, policy, and practice* (pp. 1-21). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *International Journal of Family Medicine*, 2013, 1-16.
- Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D.M., Zeffiro, T. A., & Krause, E. D. (2006). Review: Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (7), 955-968.
- Edleson, J. L. (1999). The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women*, 5(2), 134-154.
- Ely, G. E., Dulmus, C. N., & Wodarski, J. S. (2004). Domestic violence: A literature review reflecting an international crisis. *Stress, Trauma, and Crisis: An International Journal*, 7(2), 77-91.
- Elder, Jr., G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. In J.T. Mortimer and M.J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the Life Course* (pp.3 -19). New York: Springer US, Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Engnes, K., Lidén, E., & Lundgren, I. (2012). Experiences of being exposed to intimate partner violence during pregnancy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7, 10.3402/qhw.v7i0.11199.
- Etherington, N. & Baker, L.L. (2016a). *The link between boys' victimization and adult perpetration of intimate partner violence: Opportunities for prevention across the life course*. London, Ontario: Centre for Research & Education on Violence Against Women & Children. ISBN 978-0-9688655-4-5
- Etherington, N. & Baker, L. (2016b). From "buzzword" to best practice: Applying intersectionality to children exposed to intimate partner violence. *Trauma, Violence & Abuse*, early online. DOI: 10.1177/1524838016631128

- Fry, D., McCoy, A., & Swales, D. (2012). The consequences of maltreatment on children's lives: A systematic review of data from the East Asia and Pacific region. *Trauma, Violence, & Abuse, 13*(4), 209-233.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H A.F.M., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C. World Health Organization (WHO). (2005). *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>
- Government of Canada. (2008). *The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada 2008*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada. (Voir Gouvernement du Canada)
- Gouvernement du Canada. (2008). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008*. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada. (See Government of Canada)
- Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. (2005). *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : Document de travail*. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada. (See Health Disparities Task Group)
- Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H., & Ormrod, R. (2010). The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child Abuse and Neglect, 34*(10), 734-741.
- Hambrick, E. P., Tunno, A. M., Gabrielli, J., Jackson, Y., & Belz, C. (2014). Using multiple informants to assess child maltreatment: Concordance between case file and youth self-report. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 23*(7), 751-771. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hankivsky, O. (2011). (Ed.). *Health inequities in Canada: Intersectional frameworks and practices*. Vancouver: UBC Press.
- Haskell, L. (2001). *Bridging responses: A front-line worker's guide to supporting women who have post-traumatic stress*. Toronto, Ontario: Centre for Addiction and Mental Health.
- Health Canada. (2005). Child maltreatment: A public health issue. *Health Policy Research Bulletin, 9*, 1-40. (Voir Santé Canada)
- Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security. (2005). *Reducing health disparities – Roles of the health sector: Discussion Paper*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada. (Voir Groupe de travail...)
- Hebert, M., Cenat, J.M., Blais, M., Lavoie, F., Guerrier, M. (2016). Child Sexual Abuse, Bullying, Cyberbullying, and Mental health Problems Among High Schools Students: A Moderated Mediated Model. *Depression and Anxiety, 33* (7), 623-629.
- Herrenkohl, T.I., Hong, S., Klika, J.B., Herrenkohl, R.C., & Russo, M.J. (2013). Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult mental health, substance use, and physical health. *Journal of Family Violence, 28*(2), 191-199.
- Herrenkohl, T. I, Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Moylan, C. a. (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence & Abuse, 9* (2), 84-99.

- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5* (3), 377-391.
- Herman, J. L. (1992b). *Trauma and Recovery: the Aftermath of Violence*. New York: Basic Books.
- Initiative sur la santé de la population canadienne (2004). *Améliorer la santé des Canadiens*. Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé. Canadian Population Health Initiative. (2004).
- Initiative sur la santé de la population canadienne. (2008). *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*. Ottawa (Ontario): Institut canadien d'information sur la santé. (See Canadian Population Health Initiative (2008))
- Irish, L., Kobayashi, I., & Delahanty, D. L. (2010). Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology, 35* (5), 450-461. jsp118.
- Jones, L., Hughes, M., & Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma, Violence, & Abuse, 2*(2), 99-119.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Slep, A. M. S., Heyman, R. E., & Garrido, E. (2008). Child abuse in the context of domestic violence: prevalence, explanations, and practice implications. *Violence and Victims, 23*(2), 221-235.
- Katerndahl, D. A., Burge, S. K., Ferrer, R. L., Becho, J., & Wood, R. (2010). Complex dynamics in intimate partner violence: A time series study of 16 women. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry, 12*(4), PCC.09m00859.
- Klinic Community Health Centre. (2013). *Trauma-informed: The trauma toolkit*. Retrieved from [http://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed\\_Toolkit.pdf](http://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit.pdf)
- Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology, 5* (24794), 1-12.
- Lind, Mackenzie J., Steven H. Aggen, Kenneth S. Kendler, Timothy P. York, and Ananda B. Amstadter. (2016). An epidemiologic study of childhood sexual abuse and adult sleep disturbances. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 8* (2): 198-205.
- Lopez-Martinez, A.E., Serrano-Ibanez, E.R., Ruiz-Parraga, G.T., Gomez-Perez, L., Ramirez-Maestre C., & Esteve, R. (2016). Physical health consequences of interpersonal trauma: A systematic review of the role of psychological variables. *Trauma, Violence & Abuse*, doi: 10.1177/1524838016659488
- Lum On, M., Ayre, J., Webster, K., Moon, L., (2016). Examination of the health outcomes of intimate partner violence against women: State of knowledge paper. Sydney: Australia's National Research Organization for Women's Safety (ANROWS).
- Macy, R. J., Ferron, J., & Crosby, C. (2009). Partner violence and survivors' chronic health problems: Informing social work practice. *Social Work, 54*(1), 29-43.

- Magruder, K. M., Kassam-Adams, N., Thoresen, S., & Olff, M. (2016). Prevention and public health approaches to trauma and traumatic stress: a rationale and a call to action. *European Journal of Psychotraumatology*, 1, 1-9.
- Mason, S.M., Wright, R.J., Hibert, E.N., Spiegelman, D., Jun, H., Hu, F.B., & Rich-Edwards, J.W. (2013). Intimate partner violence and incidence of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care*, 36(5), 1159-1165.
- Miller, E.C., Goodman, L.A., Thomas, K.A., Peterson, A., Scheer, J.R., Woulfe, J.M., & Warshaw, C. (2016). *Trauma-informed approaches for LGBTQ\* survivors of intimate partner violence: A review of literature and a set of practice observations*. Cambridge, MA: GLBTQ Domestic Violence Project.
- Miszkurka, M., Steensma, C., & Phillips, S.P. (2016). Correlates of partner and family violence among older Canadians: a life-course approach. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 36(3), 45-53.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS), Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. (2013). *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : Prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire*. Récupéré du site <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/fr/> (See World Trade Organisation (2013))
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2016). Violence and injury prevention: Child maltreatment. Récupéré du site [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/child/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/en/) (en Anglais seulement)
- Out, D., Hall, R.J., Granger, D.A., Page, G.G., & Woods, S. (2012). Assessing salivary C-reactive protein: Longitudinal associations with systemic inflammation and cardiovascular disease risk in women exposed to intimate partner violence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26(4), 543-551.
- Pan-Canadian Public Health Network. (2010). *Indicators of health inequalities: A report from the Population Health Promotion Expert Group and the Healthy Living Issue Group for the Pan-Canadian Public Health Network*. Ottawa, ON: Author. (voir Réseau pancanadien de santé publique)
- Pearlin, L. I. (2010). The life course and the stress process: Some conceptual comparisons. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 65 B(2), 207-215.
- Petrov, M., Davis, M., Belyea, M., & Zautra, A. (2016). Linking childhood abuse and hypertension: sleep disturbance and inflammation as mediators. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(4), 716-726.
- Public Health Agency of Canada. (2016). Social determinants of health. Retrieved from <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/public-health-topics/social-determinants-of-health> (See Agence de la santé publique du Canada (2016)).
- Public Health Agency of Canada. (2014). What is family violence? Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/sfv-avf/info/fv-eng.php> (See Agence de la santé publique du Canada (2014))

- Public Health Agency of Canada. (2010). *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect – 2008: Major findings*. Ottawa, ON: Author. (See Agence de la santé publique du Canada (2010))
- Raphael, D. (2009). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, 2nd edition. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Reiche, E.M., Nunes, S.O., & Morimoto, H.K. (2004). Stress, depression, the immune system, and cancer. *Lancet Oncology*, 5 (10), 617-625.
- Réseau pancanadien de santé publique. (2010). *Indicateurs des disparités sur le plan de la santé : Un rapport du Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population et du Groupe des modes de vie sans pour le Réseau pancanadien de santé publique*. Ottawa (Ontario) : Auteur. (See Pan Canadian Public Health Network).
- Rodgers, C. S., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Dresselhaus, T. R., & Stein, M. B. (2004). The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behavior. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 575-586.
- Rogosch, F. A., Dackis, M. N., & Cicchetti, D. (2011). Child maltreatment and allostatic load: consequences for physical and mental health in children from low-income families. *Development and Psychopathology*, 23(4), 1107-1124.
- Romano, E., Babchishin, L., Marquis, R., & Fréchette, S. (2015). Childhood maltreatment and educational outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 418-437.
- SAMHSA. (2014a). *A treatment improvement protocol: Trauma-informed care in behavioral health services*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- SAMHSA (2014b). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Policy, Planning and Innovation. SMA 12-4884.
- Santé Canada (2005). Les enfants victimes de maltraitance : un enjeu de santé publique. *Bulletin sur les politiques en matière de santé*, 9,1-40. (See Health Canada)
- Scott, S. & Babcock, J.C. (2010). Attachment as a moderator between intimate partner violence and PTSD symptoms. *Journal of Family Violence*, 25(1), 1-9.
- Seng, J. S., Graham-Bermann, S. A., Clark, K., McCarthy, A. M., & Ronis, D. L. (2005). Posttraumatic stress disorder and physical comorbidity among female children and adolescents: Results from service-use data. *Pediatrics*, 116 (6), 767-776.
- Shaw, B.A., & Krause, N. (2002). Exposure to physical violence during childhood, aging, and health. *Journal of Aging and Health*, 14(4), 467-494.
- Sinha, M. (2012). Section 2: Violence Against Intimate Partners. Statistics Canada. <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2012001/article/11643/11643-2-eng.htm>
- Sinha, M. (2013). Section 3: Intimate Partner Violence. Statistics Canada. <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11805/11805-3-eng.htm>
- Sinha, V., Trocme, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Fast, E., Prokop, S. T., et al, (2011). *Kiskisik Awasisak: Remember the Children. Understanding the Overrepresentation of First Nations Children in the Child Welfare System*. Ontario: Assembly of First Nations.

- Sokoloff, N. J., & Pratt, C. (2005). *Domestic violence at the margins: Readings on race, class, gender, and culture*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Tonmyr, L., Ouimet, C., & Ugnat, A. (2012). A Review of Findings from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect (CIS). *Canadian Journal of Public Health, 103*(2), 103-112.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-Traumatic Stress Disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics, 14*(3), 171-181.
- Wathen, N. (2012). Health impacts of violent victimization on women and their children. *Department of Justice Canada*. Retrieved from [http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/rr12\\_12/rr12\\_12.pdf](http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/rr12_12/rr12_12.pdf)
- Williams, L. M. (2003). Understanding child abuse and violence against women: A life course perspective. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(4), 441-451.
- Wong, J., & Mellor, D. (2014). Intimate partner violence and women's health and wellbeing: impacts, risk factors and responses. *Contemporary Nurse, 46*(2), 170-179.
- Woods, A. B., Page, G. G., O'Campo, P., Pugh, L. C., Ford, D., & Campbell, J.C. (2005). The mediation effect of posttraumatic stress disorder symptoms on the relationship between intimate partner violence and IFN-?? levels. *American Journal of Community Psychology, 36* (1-2), 159-175.
- World Health Organization (WHO), Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/> (Voir Organisation mondiale de la Santé (2013)) Organisation mondiale de la Santé (OMS), Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. (2013). *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : Prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire*. Récupéré du site <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/fr/>
- World Health Organization (WHO). (2016). Violence and injury prevention: Child maltreatment. Retrieved from [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/child/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/en/) (Voir Organisation mondiale de la Santé (2016))
- Zimmerman, F., Mercy, J. A. (2010). *A Better Start: Child Maltreatment Prevention as a Public Health Priority*. Washington, D.C.: ZERO TO THREE: National Center for Infants, Toddlers, and Families. Retrieved: [https://vetoviolence.cdc.gov/apps/phl/docs/A\\_Better\\_Start.pdf](https://vetoviolence.cdc.gov/apps/phl/docs/A_Better_Start.pdf)