

Mauvais traitements subis dans l'enfance et problèmes de santé mentale à l'âge adulte : une étude nationale conduite auprès des Québécoises

Childhood Maltreatment and Mental Health Problems in Adulthood: A National Study of Women in Quebec

Geneviève Paquette, Marc Tourigny, Karine Baril, Jacques Joly et Monique Séguin

Volume 42, numéro 1, printemps 2017

Santé mentale des populations

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1040243ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1040243ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Paquette, G., Tourigny, M., Baril, K., Joly, J. & Séguin, M. (2017). Mauvais traitements subis dans l'enfance et problèmes de santé mentale à l'âge adulte : une étude nationale conduite auprès des Québécoises. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 43–63. <https://doi.org/10.7202/1040243ar>

Résumé de l'article

L'étude vise à déterminer la contribution spécifique de différentes formes de mauvais traitements à la santé mentale de femmes québécoises. Une enquête téléphonique a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 1 001 femmes québécoises. Diverses variables sociodémographiques et quatre formes de mauvais traitements durant l'enfance ont été mesurées afin d'explorer leur association avec l'état de stress post-traumatique et la dépression des répondantes au moment de l'enquête. La violence conjugale au cours des 12 derniers mois ainsi que la négligence et la violence physique subies durant l'enfance sont associées à la présence de symptômes de stress post-traumatique d'intensité clinique. Le plus jeune âge des répondantes, la violence sexuelle et psychologique durant l'enfance sont associés à la présence de dépression. Les résultats soulignent l'importance de considérer les mauvais traitements durant l'enfance et leur cooccurrence dans l'évaluation et l'intervention en santé mentale auprès des femmes adultes.

Mauvais traitements subis dans l'enfance et problèmes de santé mentale à l'âge adulte : une étude nationale conduite auprès des Québécoises

Geneviève Paquette^a

Marc Tourigny^b

Karine Baril^c

Jacques Joly^d

Monique Séguin^e

RÉSUMÉ L'étude vise à déterminer la contribution spécifique de différentes formes de mauvais traitements à la santé mentale de femmes québécoises. Une enquête téléphonique a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 1 001 femmes québécoises. Diverses variables sociodémographiques et quatre formes de mauvais traitements durant l'enfance ont été mesurées afin d'explorer leur association avec l'état de stress post-traumatique et la dépression des répondantes au moment de l'enquête. La violence conjugale au cours des 12 derniers mois ainsi que la négligence et la violence physique subies durant l'enfance sont associées à la présence

-
- a. Ph. D., Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke.
 - b. Ph. D., Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke.
 - c. Ph. D., Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais.
 - d. Ph. D., Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke.
 - e. Ph. D., Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais.

de symptômes de stress post-traumatique d'intensité clinique. Le plus jeune âge des répondantes, la violence sexuelle et psychologique durant l'enfance sont associés à la présence de dépression. Les résultats soulignent l'importance de considérer les mauvais traitements durant l'enfance et leur cooccurrence dans l'évaluation et l'intervention en santé mentale auprès des femmes adultes.

MOTS CLÉS mauvais traitements dans l'enfance, cooccurrence, femmes, dépression, état de stress post-traumatique

Childhood Maltreatment and Mental Health Problems in Adulthood: A National Study of Women in Quebec

ABSTRACT Objective The study aims to estimate the specific contribution of various forms of child maltreatment on the mental health among a Quebecers' women representative sample. **Method** A telephone survey was conducted with a representative sample of 1001 women from the province of Quebec (Canada). Different demographic variables, all four child maltreatment forms (sexual, physical, psychological and neglect) and intimate partner violence experienced in the last 12 months were evaluated to explore their links with depression and post-traumatic stress symptoms of the participants at the time of the investigation.

Results Domestic violence during the last 12 months as well as negligence and physical violence during childhood are associated with the presence of clinical intensity post-traumatic symptoms. Youngest age, sexual and psychological violence during childhood are associated with the presence of depression.

Conclusion Those results underlie the importance to consider different forms of maltreatment during childhood and their co-occurrence in the evaluation and the intervention in mental health with adult women.

KEYWORDS child maltreatment, depression, post-traumatic stress, women, co-occurrence

La maltraitance dans l'enfance est un problème social préoccupant tant sur le plan de sa prévalence que de ses conséquences pour les victimes et la société. À l'échelle mondiale, quatre méta-analyses concluent que 15 % des femmes rapportent de la négligence physique durant l'enfance et 16 % de la négligence émotionnelle¹, 20 % de la violence sexuelle², 22 % de la violence physique³ et 38 % de la violence psychologique⁴. Plus près de nous, 30 % des Canadiennes et près de 28 % des Québécoises rapportent avoir subi de la violence physique, sexuelle ou psychologique avant l'âge de 16 ans^{5, 6}.

Un consensus scientifique se dégage depuis les 30 dernières années à l'effet que les diverses formes de mauvais traitements subis pendant

l'enfance affectent les victimes jusqu'à l'âge adulte^{7, 8, 9}. La maltraitance subie dans l'enfance augmente les risques de problèmes de santé mentale à l'âge adulte, dont l'état de stress post-traumatique et la dépression^{7, 9, 10, 11, 12}. En effet, une recension des écrits¹⁰ faisant référence à 172 articles scientifiques conclut à une forte association entre l'agression sexuelle subie dans l'enfance, les sévices physiques ou la négligence et le trouble de stress post-traumatique à l'âge adulte, et ce, même après avoir contrôlé pour des facteurs familiaux et personnels associés à la maltraitance. Cette conséquence peut d'ailleurs être présente longtemps après les événements de maltraitance : bien qu'évalués à l'âge de 29 ans suivant la maltraitance subie avant 12 ans, près de 20 % des victimes d'agression sexuelle, de sévices physiques ou de négligence dans l'enfance présentaient un diagnostic de trouble de stress post-traumatique¹⁰. Pour ce qui est de la dépression, une recension systématique de 124 études¹² établit que les risques de présenter des problèmes dépressifs augmentent significativement de 1,5 pour les victimes de sévices physiques dans l'enfance, de 3,1 pour les victimes d'abus psychologique et de 2,1 pour les victimes de négligence. Il faut également souligner les coûts économiques importants engendrés par les conséquences à court et à long terme des mauvais traitements envers les enfants canadiens¹³ qui ont été estimés à plus de 17 milliards de dollars dont 1,4 milliard en services sociaux et de santé en 1998.

Un des enjeux dans ce domaine de recherche est de circonscrire le rôle de chaque forme de mauvais traitements subis durant l'enfance sur les conséquences psychologiques au cours de la vie. Pour ce faire, il importe de tenir compte de toutes les formes de maltraitance. Or, très peu d'études considèrent simultanément les quatre formes de maltraitance (sexuelle, physique, psychologique et négligence) en cherchant à explorer le rôle spécifique de chacune sur la santé mentale à long terme des victimes. Cette question est d'autant plus importante que les études de prévalence démontrent que de 13 % à 43 % des adultes rapportent avoir vécu deux formes ou plus de maltraitance^{7, 11}. La cooccurrence de plusieurs formes de mauvais traitements entraînerait des conséquences importantes sur la santé mentale et est associée à plus de problèmes dans la vie adulte que dans le cas de l'exposition à une seule forme⁸.

Par ailleurs, plusieurs études de ce domaine sont réalisées auprès d'échantillons spécifiques composés par exemple de personnes recevant des services en santé mentale lesquels ne sont pas représentatifs de la population. Qui plus est, peu d'études contrôlent statistiquement

pour différents facteurs susceptibles d'influencer la santé mentale des victimes comme les caractéristiques socioéconomiques¹⁴. Dans cet ordre d'idées, soulignons que l'exposition à la maltraitance durant l'enfance augmente le risque de violence subie à l'âge adulte, dont la violence conjugale⁸. Plus spécifiquement, les femmes rapportant des mauvais traitements psychologiques ou physiques dans l'enfance présentent un risque de quatre à six fois plus élevé de subir de la violence conjugale à l'âge adulte¹⁵. Puisque l'exposition à la violence conjugale est susceptible d'influencer la santé mentale, elle représente une variable qui devrait être contrôlée dans les études s'intéressant à la santé mentale des victimes de mauvais traitements dans l'enfance. Or, cette variable est peu souvent prise en considération dans les études de ce champ. De même, outre le sexe, l'âge et l'origine ethnique, quelques études de ce champ contrôlent pour certaines caractéristiques sociodémographiques soit le niveau de scolarité^{15, 16}, le revenu¹⁴, voire les deux variables à la fois⁵. Or, les variables contrôles visent à obtenir un portrait plus clair des associations entre la maltraitance et ses conséquences en éliminant l'influence de variables corrélées avec l'abus ou la négligence⁵. C'est en ce sens qu'il importe de contrôler pour l'effet confondant possible de la violence conjugale subie, mais aussi du revenu ou du niveau de scolarité.

La présente étude vise donc à déterminer l'influence de chaque forme de mauvais traitements subie durant l'enfance (avant l'âge de 18 ans) sur l'état de stress post-traumatique et la dépression présents à l'âge adulte. Les variables contrôles suivantes seront considérées dans les analyses soit : l'âge, le niveau de scolarité ainsi que la violence conjugale subie au cours des 12 derniers mois.

MÉTHODOLOGIE

Procédures

Les données ont été recueillies lors d'une enquête téléphonique spécifique réalisée en 2009, auprès d'un échantillon de 1 001 femmes adultes résidant au Québec. D'abord, les ménages ont été sélectionnés aléatoirement parmi les abonnés au téléphone du Québec à l'aide d'une technique de composition aléatoire de numéros de téléphone (*random digit dialing*). Les répondantes étaient âgées de 18 ans ou plus et devaient être aptes à répondre au questionnaire en anglais ou en français. Si plus d'une femme répondait à ces deux critères dans un même

ménage, celle dont l'anniversaire de naissance était le plus proche de la date d'entretien était sélectionnée. En 2006, 86,4 % des ménages québécois avaient un équipement téléphonique par ligne terrestre¹⁷, ce qui suggère que cette méthode permet d'obtenir un échantillon représentatif de la majorité des femmes adultes de la province. En divisant le nombre de personnes ayant complété le sondage par le nombre de personnes sélectionnées pour y participer, le taux de réponse empirique de l'enquête est de 45,5 %ⁱ. Le consentement verbal des répondantes a été obtenu lors de l'entretien téléphonique et l'engagement à la confidentialité a été présenté. L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche en Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke.

Échantillon

Les caractéristiques de l'échantillon de 1 001 répondantes ont été comparées à celles du dernier recensement québécois disponible¹⁹ et ont été pondérées en fonction du niveau d'éducation et de l'âge des répondantes afin de correspondre aux caractéristiques de la population étudiée. Puisque la pondération est susceptible d'affecter la variance, une correction pour l'effet de plan a été appliquée²⁰ : chaque coefficient de pondération a été multiplié par 0,81 ($1/[1 + \text{variance des coefficients de pondération}]$) afin d'éviter de surestimer la précision statistique. L'échantillon de 1 001 répondantes procure une précision statistique correspondant à un échantillon final de 621 répondantes présentant les mêmes caractéristiques que la population de femmes adultes québécoises de 2001 selon le niveau d'éducation et l'âge. Ces procédures ont pour effet de rendre les caractéristiques de l'échantillon similaires à celles de la population. L'échantillon avant et après la pondération et la correction pour l'effet de plan est décrit au tableau 1 pour ce qui est de la région de provenance, de l'âge, du revenu annuel et du niveau de scolarité.

i. Formule de calcul prescrite par l'Association de la recherche et de l'intelligence marketing dont la norme de calcul des taux de réponse est approuvée par Statistique Canada et l'Association de l'industrie et de la recherche marketing et sociale au Québec¹⁸. Ce calcul tient aussi compte des ménages non rejoints pour lesquels nous ne savons pas si une répondante éligible à l'étude y habitait.

TABLEAU 1
Caractéristiques de l'échantillon avant et après la pondération et la correction pour l'effet de plan

Caractéristiques	Échantillon non pondéré n = 1001 (%)	Échantillon pondéré et corrigé n = 621 (%)
Région		
Bas-Saint-Laurent	3,0	3,2
Saguenay-Lac-St-Jean	3,6	3,8
Capitale Nationale	9,0	9,7
Mauricie	4,0	4,2
Estrie	3,8	3,4
Montréal	22,5	21,2
Outaouais	6,2	6,6
Abitibi-Témiscamingue	1,8	1,9
Côte-Nord	1,2	1,1
Nord du Québec	0,6	1,1
Gaspésie- Iles de la Madeleine	1,2	1,3
Chaudière Appalaches	5,8	6,5
Laval	4,8	4,6
Lanaudière	5,6	5,0
Laurentides	6,6	6,8
Montérégie	17,4	16,3
Centre du Québec	3,0	3,5
Âge		
18-24	5,7	10,3
25-44	35,0	33,6
45-64	40,4	35,7
65 et +	18,7	20,2
Refus	0,3	0,3
Revenu annuel		
Moins de 20 000\$	10,7	15,5
20 000\$ – 39 999 \$	19,0	23,0
40 000\$ - 59 999 \$	19,2	19,0
60 000\$ - 79 999 \$	14,4	12,4
80 000 \$ et plus	23,4	16,0
Refus	13,4	14,1
Scolarité		
Primaire et secondaire	35,5	67,7
Collégial	28,7	14,8
Université	35,5	17,0
Refus	0,4	0,4

Mesures

Variables indépendantes

La violence sexuelle vécue dans l'enfance a été mesurée par deux items tirés d'une enquête américaine similaire²¹. Les items portaient sur les relations sexuelles complètes forcées ainsi que sur les attouchements sexuels forcés subis avant l'âge de 18 ans. La présence de violence sexuelle dans l'enfance des répondantes était déterminée par une réponse positive à l'une ou l'autre des questions.

La violence psychologique et la violence physique vécues durant l'enfance ont été mesurées à l'aide de quatre items tirés de l'Enquête de Santé Québec²² réalisée en 1999. Concernant la violence psychologique, la répondante devait répondre à partir d'une échelle de type Likert en quatre points. La violence psychologique directe est définie comme le fait d'avoir été menacée, humiliée ou ridiculisée « souvent » ou « très souvent » dans l'enfance. La violence psychologique indirecte est définie quant à elle comme le fait d'avoir été témoin de violence physique entre ses parents dont la fréquence pouvait varier de « rarement » à « très souvent ». Le fait d'avoir subi de la violence psychologique dans l'enfance était déterminé par la présence de l'un ou de l'autre de ces indicateurs. Concernant la violence physique vécue dans l'enfance, les répondantes devaient indiquer à l'aide d'une échelle de type Likert la fréquence des événements. Les deux questions évaluaient la présence de violence physique mineure et sévère. La violence physique mineure est définie comme le fait d'avoir reçu la fessée « souvent » ou « très souvent » dans l'enfance. La violence physique sévère est définie comme le fait d'avoir été frappée plus durement que par une fessée au moins « rarement ». La présence de violence physique dans l'enfance était déterminée par l'une ou l'autre de ces réponses.

La négligence vécue dans l'enfance est mesurée à l'aide d'une adaptation de trois items tirés du *Comprehensive Child Maltreatment Scale for Adults*²³. Les trois questions évaluant la présence de négligence portaient sur le fait : 1) de ne pas avoir reçu les soins de base nécessaires (repas, bains, vêtements propres ou attention médicale); 2) d'avoir été enfermée seule dans une pièce durant une longue période de temps; ou 3) que les demandes d'attention aient été ignorées et de ne pas se faire adresser la parole pendant une longue période de temps. Ces questions étaient évaluées à l'aide d'une échelle Likert en quatre points allant de « jamais » à « très souvent ». Comme suggéré par les auteurs²², le fait d'obtenir un score plus élevé que la moyenne de

l'échantillon de la présente étude détermine la présence de cette forme de mauvais traitements. La cohérence interne de cette échelle calculée pour l'échantillon ici étudié est de 0,76.

Variables dépendantes

La présence de dépression a été mesurée par les sept items évaluant la dépression majeure et la dysthymie du *12-month Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) et des items évaluant la présence de symptômes dépressifs au cours du dernier mois^{24, 25}. Les répondantes ont été classées comme présentant des symptômes dépressifs d'intensité clinique lorsqu'elles rapportaient un épisode dépressif d'une durée minimale de deux semaines ou une perte d'intérêt pour des activités plaisantes durant la dernière année, ou encore, une dépression ayant persisté toute l'année accompagnée d'au moins une semaine de dépression au cours du dernier mois. Basée sur une étude conduite auprès de 1 485 individus qui ont complété la section complète des troubles affectifs du CIDI, la valeur positive prédictive²⁶ de la version autorapportée est d'environ 55 %. Autrement dit, 55 % des individus dépistés à l'aide de cet outil obtiennent un diagnostic médical de dépression.

La présence d'un état de stress post-traumatique a été mesurée par la version courte à quatre items de l'échelle *Primary Care Posttraumatic Stress Disorder* (PC-PTSD) utilisée pour dépister l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) dans des cliniques de soins de première ligne²⁷. Les questions portent sur la présence ou non de reviviscence des événements, d'évitement, de dissociation et d'hypervigilance au cours du dernier mois. Sur le plan des propriétés psychométriques, l'instrument présente une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,79$), une bonne fidélité test-retest ($r = 0,84$) ainsi qu'une bonne utilité diagnostique²⁷. L'alpha de Cronbach obtenu pour l'échantillon ici à l'étude est de 0,73. Le PC-PTSD permet d'obtenir un score global. La recherche montre qu'une réponse positive à trois des quatre items indique la présence de symptômes de l'ÉSPT d'intensité clinique²⁷. Ce seuil sera donc utilisé dans la présente étude pour juger de la présence ou de l'absence d'ÉSPT.

Variables contrôles

La violence conjugale au cours des 12 derniers mois a été mesurée à partir de deux questions tirées de l'Enquête sur la violence envers les femmes²⁸ de 1993. La première demandait à la répondante si elle avait été menacée d'être blessée par son conjoint, et la deuxième si elle avait

été giflée, poussée ou frappée. Une réponse positive à l'une ou l'autre de ces questions déterminait la présence de violence conjugale au cours des 12 derniers mois.

Les données sociodémographiques des répondantes ont été collectées à la fin de l'entretien afin de les situer dans leur groupe d'âge et de connaître leur niveau de scolarité: données qui seront utilisées à titre de variables contrôles.

Stratégies d'analyses statistiques

En premier lieu, les fréquences des valeurs des variables indépendantes et contrôles en fonction des valeurs des variables dépendantes ont été comparées à l'aide du khi deux. Dans un deuxième temps, deux analyses de régression logistique binaire par blocs hiérarchiques ont été réalisées afin de déterminer les facteurs associés à la présence d'un ÉSPT et de dépression. Les analyses de régression logistique ont été réalisées en introduisant tout d'abord les variables sociodémographiques (bloc 1: âge et niveau de scolarité), suivies de la violence conjugale subie au cours des 12 derniers mois (bloc 2) et, enfin, des formes de maltraitance subie dans l'enfance, soit la violence sexuelle, physique, psychologique et la négligence (bloc 3). Pour ces analyses, le seuil de signification statistique est fixé à $p < 0,05$. Les modèles multivariés obtenus à l'aide d'une régression logistique permettent à la fois d'évaluer la contribution spécifique de chacune des variables indépendantes les unes par rapport aux autres, mais aussi d'estimer leur effet cumulatif puisque l'influence respective des variables indépendantes s'additionne pour expliquer la variance du phénomène à l'étude²⁹.

RÉSULTATS

Facteurs associés à l'état de stress post-traumatique et à la dépression à l'âge adulte

En premier lieu, les résultats des analyses khi deux sont présentés au tableau 2. L'examen du tableau permet, entre autres, de constater que la présence de violence conjugale et de chacune des formes de mauvais traitements durant l'enfance est associée à l'ÉSPT à l'âge adulte. Les mêmes tendances se retrouvent quant à la présence de dépression. Les statistiques de colinéarité présentées au tableau 3 montrent que les variables indépendantes et contrôles partagent un niveau acceptable de covariance²⁹ puisque les tolérances sont bien plus élevées que 0,2 et

TABLEAU 2

Comparaison des pourcentages de répondantes victimes ou non de différentes formes de maltraitance en fonction de la présence de stress post-traumatique ou de dépression

Variables indépendantes	ÉSPT			Dépression		
	Oui	Non	Chi2	Oui	Non	Chi2
Variables contrôles						
Groupes d'âge	N = 47	N = 573		N = 79	N = 541	
18-24 ans	14,9 %	9,9 %		21,5 %	8,7 %	
25-44 ans	40,4 %	33,0 %		36,7 %	33,3 %	
45-64 ans	25,5 %	36,6 %		27,8 %	36,8 %	
65 ans et plus	19,1 %	20,4 %	$\chi^2(3)=3,3$ ns	13,9 %	21,3 %	$\chi^2(3)=14,6^{***}$
Niveau de scolarité	N = 47	N = 573		N = 79	N = 540	
Primaire et secondaire	78,7 %	67,0 %		75,9 %	66,9 %	
Cégep	12,8 %	15,2 %		12,7 %	15,2 %	
Université	8,5 %	17,8 %	$\chi^2(2)=3,2$ ns	11,4 %	18,0 %	$\chi^2(2)=2,9$ ns
Violence conjugale	N = 47	N = 574		N = 79	N = 542	
Non	83,0 %	99,3 %		93,7 %	98,7 %	
Oui	17,0 %	0,7 %	$\chi^2(1)=61,1^{***}$	6,3 %	1,3 %	$\chi^2(1)=9,23^{***}$
Mauvais traitements	N = 47	N = 574		N = 80	N = 541	
Négligence						
Non	63,8 %	90,4 %		75,0 %	90,4 %	
Oui	36,2 %	9,6 %	$\chi^2(1)=29,9^{***}$	25,0 %	9,6 %	$\chi^2(1)=16,1^{***}$
Violence sexuelle						
Non	57,4 %	80,7 %		58,2 %	82,1 %	
Oui	42,6 %	19,3 %	$\chi^2(1)=14,1^{***}$	41,8 %	17,9 %	$\chi^2(1)=23,7^{***}$
Violence physique						
Non	61,7 %	89,7 %		81,0 %	88,4 %	
Oui	38,3 %	10,3 %	$\chi^2(1)=31,3^{***}$	19,0 %	11,6 %	$\chi^2(1)=3,4^*$
Violence psychologique						
Non	66,0 %	82,9 %		63,3 %	84,3 %	
Oui	34,0 %	17,1 %	$\chi^2(1)=8,3^{***}$	36,7 %	15,7 %	$\chi^2(1)=20,3^{***}$

Test du chi-deux, * p <0,10, ** p <0,05 et *** p <0,01

TABLEAU 3

Statistiques de colinéarité pour les variables indépendantes et contrôles à l'étude

Variables	Tolérances	Facteurs d'inflation de la variance
Groupes d'âge	0,953	1,050
Niveau de scolarité	0,965	1,036
Violence conjugale	0,936	1,068
Violence sexuelle	0,872	1,147
Violence physique	0,697	1,434
Violence psychologique	0,662	1,511
Négligence	0,722	1,385

que les facteurs d'inflation de la variance sont bien en deçà de 10. Les formes de mauvais traitements étant toutes associées à $p < 0,10$, elles ont donc toutes été retenues pour être introduites dans les analyses multivariées suivant la recommandation de Hosmer et Lemeshow³⁰ de sélectionner toutes les variables dont le test univarié a une valeur de $p < 0,25$.

Les résultats des analyses de régression logistique concernant l'ÉSPT montrent (tableau 4) que l'ajout des formes de mauvais traitements (bloc 3) contribue de manière significative à prédire la présence de l'ÉSPT en augmentant de 9,5 % la variance expliquée. Ce modèle final permet donc d'expliquer 21,5 % de la variance de l'ÉSPT. L'analyse des résiduels confirme un bon ajustement du modèle statistique obtenu²⁹ puisque seulement 4 % des observations ont une valeur résiduelle standardisée absolue de 2 ou plus et aucune de 3 ou plus. Plus spécifiquement, le modèle final montre que la présence de violence conjugale au cours de l'année précédant l'enquête augmente de 17,3 fois le risque de présenter un ÉSPT d'intensité clinique. De plus, le fait de rapporter de la négligence ou de la violence physique au cours de l'enfance augmente respectivement de 2,8 et 3,8 fois le risque de présenter un ÉSPT. L'âge des répondantes, leur niveau de scolarité ainsi que le fait d'avoir vécu de la violence psychologique ou sexuelle ne distinguent pas les femmes présentant un ÉSPT ou non. À l'aide de ce modèle multivarié, il est possible de calculer la probabilité²⁹ d'un sujet de la population à l'étude de présenter un ÉSPT. Par exemple, une femme québécoise âgée entre 25 et 44 ans, ayant terminé des études collégiales et qui ne rapportent pas de violence conjugale au cours des 12 derniers mois rapportant exclusivement de la violence physique dans l'enfance, a une probabilité de 18,0 % de présenter un ÉSPT. Si cette femme rapporte aussi de la négligence, la probabilité qu'elle présente un ÉSPT passe à 37,9 %.

En ce qui concerne la dépression, le modèle final (tableau 5) permet d'expliquer 14 % de la variance de la présence de la dépression. Concernant l'ajustement du modèle, 5,6 % des observations ont une valeur résiduelle standardisée absolue de 2 ou plus ce qui dépasse légèrement le minimum acceptable²⁹ et aucune de 3 ou plus. Ce modèle montre que les répondantes âgées de 18 et 24 ans sont 3,6 fois plus à risque de dépression comparativement à celles de 65 ans et plus, alors que le fait de rapporter de la violence sexuelle ou psychologique durant l'enfance augmente respectivement de 2,6 et 2,4 fois le risque de dépression à l'âge adulte. Le niveau de scolarité, la violence conjugale au cours des 12 derniers mois, la violence physique et la négligence ne distinguent

TABLEAU 4

Facteurs associés à l'ÉSPT à l'âge adulte : résultats de l'analyse de régression logistique binaire par blocs hiérarchiques

Variables indépendantes	Modèle 1				Modèle 2				Modèle 3			
	B	SE B	Exp(B)	Sig	B	SE B	Exp(B)	Sig	B	SE B	Exp(B)	Sig
Bloc 1												
Âge des répondantes (ref = 65 ans et plus)		0,193				0,657				0,618		
Gr âge (18-24 ans)	0,67	0,54	1,95	0,215	0,32	0,59	1,38	0,581	0,23	0,63	1,02	0,971
Gr âge (25-44 ans)	0,59	0,44	1,80	0,186	0,40	0,46	1,49	0,391	0,30	0,47	1,36	0,520
Gr âge (45-64 ans)	-0,12	0,47	0,89	0,806	-0,07	0,48	0,94	0,890	-0,26	0,49	0,77	0,602
Niveau de scolarité (réf = université)		0,108				0,192				0,205		
Primaire	1,07	0,56	2,91	0,058	0,96	0,57	2,60	0,095	0,98	0,59	2,66	0,095
Cegep	0,51	0,68	1,66	0,458	0,49	0,70	1,63	0,488	0,54	0,71	1,71	0,452
Bloc 2												
Violence conjugale au cours des 12 derniers mois					3,11	0,65	22,38	0,000	2,85	0,75	17,29	0,000
Bloc 3												
Viol. sexuelle									0,66	0,38	1,93	0,086
Viol. physique									1,35	0,47	3,84	0,004
Viol. psychologique									-0,73	0,52	0,48	0,156
Négligence									1,01	0,48	2,75	0,035
Constante	-3,63	0,65	0,26	0,000	-3,61	0,67	0,03	0,000	-3,99	0,68	0,19	0,000
Test de Hosmer-Lemeshow	Chi ² (dl = 5)=0,423, n.s				Chi ² (dl = 6)=1,580, n.s				Chi ² (dl = 8)=6,423, n.s			
Nagelkerke R ²	0,035				0,120				0,215			

TABLEAU 5

Facteurs associés à la dépression à l'âge adulte : résultats de l'analyse de régression logistique binaire par blocs hiérarchiques

Variables indépendantes	Modèle 1				Modèle 2				Modèle 3			
	B	SE B	Exp(B)	Sig	B	SE B	Exp(B)	Sig	B	SE B	Exp(B)	Sig
Bloc 1												
Âge des répondantes (ref = 65 ans et plus)			0,003				0,007				0,008	
Gr âge (18-24 ans)	1,43	0,43	4,18	0,001	1,36	0,43	3,89	0,002	1,29	0,45	3,64	0,004
Gr âge (25-44 ans)	0,70	0,39	2,02	0,068	0,65	0,39	1,92	0,092	0,52	0,40	1,69	0,188
Gr âge (45-64 ans)	0,27	0,39	1,31	0,495	0,28	0,39	1,32	0,481	0,08	0,40	1,08	0,842
Niveau de scolarité (réf = université)			0,135				0,167				0,282	
Primaire	0,64	0,38	1,89	0,099	0,60	0,39	1,82	0,119	0,53	0,39	1,70	0,176
Cegep	0,12	0,49	1,12	0,811	0,10	0,49	1,11	0,833	0,13	0,50	1,13	0,803
Bloc 2												
Violence conjugale au cours des 12 derniers mois		1,18	0,63	3,26	0,060	0,61	0,71	1,84	0,391			
Bloc 3												
Viol. sexuelle									0,97	0,29	2,63	0,001
Viol. physique									-0,64	0,43	0,53	0,139
Viol. psychologique									0,86	0,34	2,35	0,013
Négligence									0,46	0,39	1,58	0,240
Constante	-2,93	0,49	0,54	0,000	-2,91	0,49	0,54	0,000	-3,20	0,50	0,41	0,000
Test de Hosmer-Lemeshow		Chi² (dl = 6)=1,052, n.s					Chi² (dl = 6)=1,111, n.s					Chi² (dl = 7)=5,758, n.s
Nagelkerke R²		0,050					0,059					0,140

pas les femmes avec ou sans dépression. Reprenons la même femme que celle décrite plus haut qui rapporte cette fois-ci de la violence sexuelle seulement, elle a une probabilité de 25,9 % de présenter une dépression. Si elle rapporte en plus de la violence psychologique dans l'enfance, cette probabilité augmente à 45,1 %. Mentionnons enfin que la même femme exposée à la fois à de la violence physique et sexuelle, formes de maltraitance significativement associées respectivement à l'ÉSPT et à la dépression, a une probabilité de 15,2 % de présenter de la dépression et de 30,1 % de présenter un ÉSPT.

DISCUSSION

Les études convergent pour montrer que la maltraitance subie durant l'enfance est associée à des problèmes psychopathologiques à l'âge adulte^{5, 8, 16}. Les résultats de notre étude vont aussi dans ce sens puisque les femmes rapportant l'une ou l'autre des quatre formes de maltraitance dans l'enfance ont deux à quatre fois plus de risque de présenter un problème de santé mentale à l'âge adulte selon la forme de maltraitance et le problème de santé mentale étudiés, alors que des variables contrôles ont été considérées. Il en va de même pour la violence conjugale subie dans les 12 derniers mois qui augmente passablement le risque de présenter un ÉSPT.

Trois principaux constats peuvent être tirés des résultats de cette étude. Premièrement, certaines formes spécifiques de maltraitance sont associées à des problèmes de santé mentale distincts à l'âge adulte chez les femmes. En effet, chacune des quatre formes de maltraitance durant l'enfance est associée soit à l'ÉSPT, soit à la dépression. Les formes de violence physique et la négligence sont plus fortement associées à l'ÉSPT alors que les violences sexuelle et psychologique sont plus fortement associées à la dépression. D'autres études montrent des associations spécifiques entre des formes de maltraitance durant l'enfance et des problèmes de santé mentale à l'âge adulte. Par exemple, une recension systématique et méta-analyse récente³¹ montre que les individus exposés à n'importe quelle forme de maltraitance voient leur risque de dépression doubler à l'âge adulte. Par ailleurs, dans un échantillon représentatif de la population canadienne⁵, la violence sexuelle et certaines formes de violence physique sont significativement associées à l'ÉSPT alors que la violence psychologique ne l'est pas après le contrôle de certains facteurs. Il faut souligner que cette étude ne prend pas toutefois pas en considération la négligence.

Deuxièmement, la présence de deux formes spécifiques de maltraitance augmente le risque de présenter un problème de santé mentale donné à l'âge adulte chez les femmes suggérant ainsi un effet cumulatif. Les formes de violence sexuelle et psychologique augmentent le risque de dépression alors que la violence physique et la négligence augmentent le risque d'un ÉSPT. D'autres études mettent en lumière l'effet cumulatif de différentes formes de maltraitance subies. Par exemple, les Québécois rapportant plus d'une forme de maltraitance sont plus susceptibles d'avoir des pensées suicidaires⁶. Le fait d'avoir subi plus d'une forme de maltraitance augmente le risque de dépression dans un échantillon représentatif de Canadiens³². Sans avoir pris en considération la négligence, une étude établit que les formes de violence sexuelle et psychologique subies durant l'enfance contribuent à plus de symptômes d'ÉSPT à l'âge adulte dans un échantillon représentatif de Québécois³³.

Troisièmement, la cooccurrence simultanée ou successive de certaines formes spécifiques de maltraitance dans l'enfance peut augmenter le nombre de problèmes de santé mentale dont souffrent les femmes adultes. Par exemple, dans notre étude, les personnes ayant subi de la violence sexuelle ou psychologique accompagnée de violence physique ou de négligence se trouvent à la fois à risque de souffrir d'un ÉSPT et de dépression à l'âge adulte. La cooccurrence des mauvais traitements est donc non seulement associée à un plus grand risque de présenter certains problèmes mentaux, mais aussi à un risque plus élevé de présenter une plus grande variété de problèmes mentaux selon les types de maltraitance subie. En ce sens, une étude conclut que la négligence émotionnelle couplée à de la violence sexuelle dans l'enfance augmente le risque de développer plus d'un trouble affectif au cours de la vie¹⁶. D'autres auteurs³³ montrent que la détresse psychologique à l'âge adulte est liée à la violence physique et psychologique dans l'enfance et que les symptômes de l'ÉSPT sont, de leur côté, associés à la violence psychologique et sexuelle. Qui plus est, une recension systématique des 31 études sur les problèmes de santé mentale associés à la maltraitance subie dans l'enfance par des patients psychiatriques³⁴ montre que la maltraitance est associée à de la comorbidité sur le plan de la santé mentale, et ce, avec ou sans cooccurrence de différentes formes de mauvais traitements.

Bien que les études convergent pour montrer que la maltraitance subie durant l'enfance est associée à des problèmes de santé mentale à l'âge adulte, notamment chez les femmes, force est de constater que

les formes de maltraitance associées spécifiquement à certains problèmes de santé mentale varient d'une étude à l'autre. La population étudiée, le nombre de formes de maltraitance prises en considération ainsi que la mesure de la maltraitance et des problèmes de santé mentale peuvent expliquer en partie certains résultats divergents observés. Au-delà des différences ou des similarités méthodologiques potentiellement à la source des résultats convergents ou divergents dans ce domaine de recherche, les phénomènes de la multifinalité et de l'équifinalité provenant du champ de la psychopathologie développementale appliquée à la maltraitance peuvent jeter un éclairage intéressant sur cette question^{35, 36}. La multifinalité considère que des expériences adverses similaires, voire identiques, par exemple en ce qui concerne la maltraitance, peuvent conduire à des issues différentes sur le plan développemental. À l'inverse, l'équifinalité renvoie au fait que des expériences adverses différentes peuvent tout de même conduire à la même issue sur le plan développemental. Pour ces raisons, il serait impossible de prédire précisément l'effet de certaines expériences, notamment en ce qui concerne la maltraitance³⁶.

La théorie de l'attachement³⁷ ainsi que celle du trauma complexe³⁸ soutiennent que la maltraitance subie durant l'enfance conduit à une seule et même conclusion pour la victime, soit qu'elle n'est pas en sécurité en relation avec autrui³⁵. La maltraitance subie pose un réel défi à l'enfant appelé à former sa base de sécurité et sa vision du monde, lesquelles influenceront ses relations actuelles et à venir, à l'intérieur et à l'extérieur de la famille. La méfiance envers autrui peut alors devenir la principale menace au développement de la personne. Les phénomènes de multifinalité et d'équifinalité trouveraient leurs racines à travers ce processus de construction de la base de sécurité et de la vision du monde des victimes de maltraitance³⁵, lequel est influencé par divers facteurs individuels, familiaux et sociaux. La reconstruction de la confiance envers autrui est d'ailleurs au cœur de diverses approches d'intervention recommandées auprès des personnes ayant subi la maltraitance durant l'enfance³⁸.

Forces et limites méthodologiques

La présente étude s'est penchée sur l'ensemble des formes de violence pouvant être subies pendant l'enfance incluant la violence psychologique et la négligence, formes de maltraitance encore sous-étudiées^{10, 39}. De plus, l'utilisation d'un échantillon représentatif de femmes québé-

coises ayant une taille suffisamment grande pour offrir une bonne puissance statistique représente une force. Par ailleurs, les mesures utilisées dans l'évaluation des problèmes mentaux présentent de bonnes propriétés psychométriques. Enfin, les analyses qui permettaient d'identifier l'apport unique de chaque forme de mauvais traitements et de contrôler pour certaines variables, dont la violence conjugale subie dans la dernière année, constituent un apport important dans ce champ de recherche.

L'étude présente toutefois certaines limites méthodologiques dont : 1) la nature rétrospective qui peut entraîner certains biais liés à la mémoire des répondantes ; 2) la méthode d'échantillonnage par numéro de téléphone qui ne permet pas de rejoindre certains individus particulièrement à risque d'avoir vécu des mauvais traitements durant l'enfance, notamment les personnes sans abri et celles hébergées en milieu psychiatrique ou carcéral ; 3) la nature transversale du devis qui ne permet pas de conclure à des liens de cause à effet ; 4) le modèle statistique obtenu pour déterminer les formes de mauvais traitements associés à la dépression comporte certaines valeurs résiduelles extrêmes ; 5) le taux de réponse empirique (45,5 %) qui représente aussi une limite à la validité externe. Rappelons toutefois que ce taux de réponse est similaire à celui d'études semblables. En effet, depuis 1985, les études de prévalence de l'agression sexuelle durant l'enfance auprès de populations adultes auraient en moyenne un taux de participation de 49 %⁴⁰. De plus, une tendance à la baisse des taux de participation dans les enquêtes téléphoniques est observée¹⁸.

Recommandations et implications cliniques

Compte tenu de l'association entre les mauvais traitements dans l'enfance et la santé mentale des femmes qui en ont été victimes, les résultats soutiennent, d'une part, la nécessaire poursuite des efforts de prévention des mauvais traitements envers les enfants et, d'autre part, l'importance de tenir compte des mauvais traitements subis dans l'enfance et de leur cooccurrence dans l'évaluation conduite par les professionnels prodiguant des services de santé mentale aux Québécoises. Plus spécifiquement, un dépistage précoce des antécédents de maltraitance dans l'enfance serait souhaitable ainsi que de la violence conjugale subie à l'âge adulte. Ce dépistage permettrait d'offrir des services de traitement aux victimes de maltraitance et de réduire les conséquences potentielles à court, moyen ou long terme. De même, les

résultats sont préoccupants sur le plan de l'accessibilité ou de l'efficacité des programmes de traitement puisque les victimes présentent des problèmes de santé mentale plusieurs années après avoir subi de la maltraitance. Il apparaît donc important d'offrir des traitements efficaces aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale qui rapportent des antécédents de maltraitance. Enfin, les programmes de traitement auraient intérêt à englober l'ensemble des formes de maltraitance puisque les conséquences peuvent être attribuables à l'exposition à plus d'une forme.

Cette recherche a été financée par la *Chaire de recherche interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants*.

Les demandes d'informations peuvent être adressées à Geneviève Paquette, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, 2500, boulevard de l'Université, Sherbrooke, Québec, Canada, J1K 2R1. Tél. : 1-819-821-8000 (poste 62489), Email: Genevieve.Paquette@USherbrooke.ca

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ¹ Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J. et van IJzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 345–35. doi:10.1007/s00127-012-0549-y
- ² Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. doi:10.1177/1077559511403920
- ³ Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn; M. H. et Alink, L. R. A. (2013). Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 48(2), 81-94. doi:10.1080/00207594.2012.697165
- ⁴ Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A. et van IJzendoorn, M. H. (2012). The universality of childhood emotional abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21, 870-89. doi:10.1080/10926771.2012.708014
- ⁵ Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K. et Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association or its licensors*, 186(9), E324-E332. doi:10.1503/cmaj.131792
- ⁶ Flores, J., Laforest, J. et Joubert, K. (2016). *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*. Institut de la Statistique du Québec, Québec. Récupéré du site de l'Institut de la Statistique du Québec: <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201602-56.pdf>

- ⁷ Higgins, D. J. et McCabe, M. P. (2001a). Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 547-578.
- ⁸ Thoresen, S., Myhre, M., Wentzel-Larsen, T., Aakvaag, H. F. et Hjemdal, O. K. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: A cross-sectional study of the general Norwegian population. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 26259. doi:10.3402/ejpt.v6.26259
- ⁹ Widom, C. P. (2014). Long-term consequences of child maltreatment. In J. E. Korbin and R. D. Krugman (Eds.), *Handbook of child maltreatment, Child maltreatment 2*, 12, 225-247. New York, NY: Springer. doi:10.1007/978-94-007-7208-3_12
- ¹⁰ Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. et Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81. doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- ¹¹ Habetha, S., Bleich, S., Weidenhammer, J. et Fegert, J. M. (2012). A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 6, 35. doi:10.1186/1753-2000-6-35
- ¹² Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. et Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 9(11), e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349
- ¹³ Bowlus, A., McKenna, K., Day, T. et Wright, D. (2003). *Coûts et conséquences économiques des sévices infligés aux enfants au Canada*. Rapport déposé à la Commission du droit du Canada. Récupéré du site des Publications gouvernementales canadiennes: http://publications.gc.ca/collections/collection_2007/lcc-cdc/JL2-39-2003F.pdf
- ¹⁴ Briere, J. et Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205-1222. doi:10.1016/j.chiabu.2003.09.008
- ¹⁵ Bensley, L., Van Eenwyk, J. et Wynkoop Simmons, K. W. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(1), 38-44. doi:10.1016/S0749-3797(03)00094-1
- ¹⁶ Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., Zitman, F. G., van Oppen, P. et Penninx, B. W. J. H. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126, 103-112. doi:10.1016/j.jad.2010.02.132
- ¹⁷ Statistique Canada (2006). Enquête sur le service téléphonique résidentiel. *Le Quotidien*, décembre 2006. Récupéré le 19 mars 2016 de: <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/070504/q070504a.htm>

- 18 Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (2007). *Pratiques exemplaires en recherche sur l'opinion publique. Améliorer la participation des répondants aux sondages téléphoniques*. Gouvernement du Canada.
- 19 Institut de la statistique du Québec (2001). Index des données du recensement 2001. Récupéré le 19 mars 2016 de: <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/recensement/2001/index.html>
- 20 Kish, L. (1965). *Survey sampling*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- 21 Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A. et Smith C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14(1), 19-28.
- 22 Clément, M-E., Bouchard, C., Jetté, M. et Laferrière, S. (2000). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*. Québec: Institut de la statistique du Québec. Récupéré du site de l'Institut de la Statistique du Québec: <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence-familles/violence-familiale-1999.pdf>
- 23 Higgins, D. J. et McCabe, M. P. (2001b). The development of the comprehensive child maltreatment scale. *Journal of Family Studies*, 7(1), 7-28.
- 24 Essau C.A. et Wittchen, H. (1993). An overview of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 3, 79-85.
- 25 Pez, O., Gilbert, F., Bitfoi, A., Carta, M. G., Jordanova, V., Garcia-Mahia, C., ... Kovess-Masfety, V. (2010). Validity across translations of short survey psychiatric diagnostic instruments: CIDI-SF and CIS-R versus SCID-I/NP in four European countries. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 45, 1149-1159. doi:10.1007/s00127-009-0158-6
- 26 Rand Health (2016). Consulté le 30 novembre 2016 au: http://www.rand.org/health/surveys_tools/depression.html
- 27 Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., ... Sheikh, J. I. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): Development and operating characteristics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 9, 9-14.
- 28 Statistique Canada (2004). *Recherche sur la violence contre les femmes*. Documentation sur microfilm et guide de l'utilisateur à l'usage du public. Ottawa: Industrie, Science et Technologie Canada.
- 29 Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 30 Hosmer, D. W. et Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. New York, NY: John Wiley & Sons. doi:10.1002/sim.4780100718
- 31 Li, M., D'Arcy, C. et Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 46, 717-730. doi:10.1017/S0033291715002743

- ³² Arboleda-Flórez, J. et Wade, T. J. (2001). Childhood and adult victimization as risk factor for major depression. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 357-370. doi:10.1016/S0160-2527(01)00072-3
- ³³ Bouchard, E.-M., Tourigny, M., Joly, J., Hébert, M. et Cyr, M. (2008). Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56, 333-344. doi:10.1016/j.respe.2008.06.260
- ³⁴ Martins, C. M. S., de Carvalho Tofoli, S. M., Von Werne Baes, C. et Jurueña, M. (2011). Analysis of the occurrence of early life stress in adult psychiatric patients : a systematic review. *Psychology & Neuroscience*, 4(2), 219-227. doi:10.3922/j.psns.2011.2.007
- ³⁵ Menard, C., Bandeen-Roche, K. J. et Chilcoat, H. D. (2004). Epidemiology of multiple childhood traumatic events: Child abuse, parental psychopathology, and other family-level stressors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 857-865. doi:10.1007/s00127-004-0868-8
- ³⁶ Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain. A Review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97-116. doi:10.1017/S0021963099004990
- ³⁷ Hocking, E. C., Simons, R. M. et Surette, R. J. (2016). Attachment style as a mediator between childhood maltreatment and the experience of betrayal trauma as an adult. *Child Abuse & Neglect*, 52, 94-101. doi:10.1016/j.chiabu.2016.01.001
- ³⁸ Williams, W. I. (2006). Complex trauma: Approaches to theory and treatment. *Journal of Loss and Trauma*, 11, 321-335. doi:10.1080/15325020600663078
- ³⁰ Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. et Alink, L. R. A. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe : Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24, 37-50. doi:10.1002/car
- ⁴⁰ Gorey, K. M. et Leslie, D. R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse & Neglect*, 21(4), 391-398. doi:10.1016/S0145-2134(96)00180-9