

Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique
sur l'état de la santé publique au Canada 2016

REGARD SUR LA

VIOLLENCE FAMILIALE AU CANADA



Also available in English under the title:

*The Chief Public Health Officer's Report on the
State of Public Health in Canada, 2016 : A Focus
on Family Violence in Canada*

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais: 1-866-225-0709
Télééc : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : _____

On peut obtenir, sur demande, la présente
publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada,
représentée par la ministre de la santé, 2016

Date de publication: octobre 2016

La présente publication peut être reproduite sans
autorisation pour usage personnel ou interne seulement,
dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat : HP2-10F-POF
ISSN : 1924-7095
Pub : 160153

MESSAGE DE L'ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La famille est le fondement de notre société et un lieu sûr pour favoriser l'épanouissement des enfants et de nos relations intimes. Toutefois, certaines familles canadiennes sont en difficulté, et les statistiques sont alarmantes. Il se peut que ce rapport soit troublant à lire pour plusieurs.

En 2014, 131 Canadiens ont été tués par un membre de la famille et 133 920 cas de violence dans les fréquentations ou de violence familiale ont été signalés. Dans la majorité des cas, la victime était une femme. Un peu moins de 9 millions de Canadiens ont indiqué avoir été victimes de mauvais traitements avant l'âge de 15 ans.

La violence familiale a des répercussions sur la santé au-delà des blessures physiques. Elle augmente le risque de nombreuses affections, comme la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique ainsi que l'hypertension, le cancer et les maladies cardiaques. Malgré les efforts de nombreux chercheurs, professionnels de la santé, organismes et communautés, nous ne saisissons toujours pas bien les causes de la violence familiale, ni ne savons comment intervenir efficacement.

Ce rapport cible un sujet difficile à aborder. La violence familiale est souvent cachée. En collaborant, nous pouvons lever le voile sur les causes, les circonstances et les victimes de la violence familiale, en plus d'améliorer nos efforts pour favoriser la santé des familles canadiennes.



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Taylor'.

Dr Gregory Taylor

Administrateur en chef de la santé publique du Canada



TABLE DES MATIÈRES

2

REMERCIEMENTS

3

MESSAGES CLÉS

4

PROBLÈMES RATTACHÉS AUX DONNÉES SUR LA VIOLENCE FAMILIALE

5

POURQUOI CE RAPPORT

9

IMPACTS SUR LES CANADIENS

20

INFLUENCE SUR LE RISQUE DE VIOLENCE FAMILIALE

25

PERSPECTIVE AXÉE SUR LE PARCOURS DE VIE

32

PRÉVENTION DE LA VIOLENCE FAMILIALE

36

MOT DE LA FIN

37

RÉFÉRENCES



REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes et organismes ont collaboré à la préparation du *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2016 : Regard sur la violence familiale au Canada*.

J'aimerais d'abord exprimer ma gratitude aux spécialistes qui nous ont conseillés :

- Dr David Mowat, Partenariat canadien contre le cancer;
- Dr Daryl Pullman, Université Memorial;
- Dre Elizabeth Saewyc, Université de la Colombie-Britannique;
- Dre Harriet MacMillan, Université McMaster, Réseau pour la recherche sur la prévention de la violence au cours de la vie (PreVAIL);
- Dr Jeff Reading, Université de Victoria;
- Dr John Frank, Université d'Édimbourg;
- Dre Margo Greenwood, Université du Nord de la Colombie-Britannique, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone;
- Dr Michael Routledge, médecin-hygiéniste en chef, Manitoba;
- Dr Peter Donnelly, président et chef de la direction de Santé publique Ontario;
- Dr Peter Glynn, consultant en systèmes de santé.

J'aimerais également mentionner la contribution de nos partenaires et collaborateurs, consultés dans des délais serrés : Condition féminine Canada, Santé Canada, Gendarmerie royale du Canada, Justice Canada, Statistique Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, la Fondation canadienne des femmes, la Dre Nadine Wathen de l'Université Western et du Réseau PreVAIL, la Dre Debra Pepler de l'Université York et du Réseau de promotion des relations et l'élimination de la violence (PREVNet) et la Dre Wendy Craig de l'Université Queen's et du Réseau PREVNet.

Je voudrais enfin remercier les nombreuses personnes et équipes de l'Agence de la santé publique du Canada pour tous leurs efforts, y compris représentants du programme de prévention de la violence familiale et de la direction générale de la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques : Dre Lil Tonmyr, Jennifer Shortall, Jessica Laurin, Matthew Enticknap, Natasha Kuran, Shanna Sunley, Shannon Hurley, Sherrill MacDonald, Simone Powell, Sydney Millar, Tanya Lary, Tracey Reynolds et Dre Wendy Hovdestad; et tout particulièrement les membres de mon unité et personnel de soutien : Dre Stephanie Rees-Tregunno, Michael Halucha, Judith O'Brien, Rhonda Fraser, Meheria Arya, Fatimah Elbarrani, Crystal Stroud, Michelle MacRae et Lori Engler-Todd.



MESSAGES CLÉS

La **violence familiale** est un important problème de santé publique. Ses effets sur la santé dépassent les lésions physiques directes, sont répandus, durables, et peuvent être graves en particulier pour ce qui est de la santé mentale. **Même les formes moins graves de violence familiale peuvent avoir une incidence sur la santé.**

Certaines familles canadiennes sont victimes des conflits malsains, des mauvais traitements et de violence qui risquent d'entraîner des répercussions sur leur santé.

Collectivement, ses problèmes sont désignés comme de la violence familiale et prennent de nombreuses formes, varient quant à la gravité et **comprennent la négligence et la violence physique, sexuelle, émotionnelle ainsi que l'exploitation financière.** Les personnes qui vivent de la violence familiale ont besoin de soutien alors que les auteurs des mauvais traitements ou de la violence doivent répondre de leurs actes.

La violence familiale est un problème complexe qui peut survenir à tout moment au cours de la vie. Au Canada :

- En moyenne, chaque année, **172 des homicides commis le sont par un membre de la famille de la victime.**
- Dans environ **85 000 des cas de crime avec violence, la personne responsable du crime est un membre de la famille proche.**
- **Presque 9 millions ou environ un Canadien sur trois** affirment avoir été victimes de mauvais traitements avant l'âge de 15 ou 16 ans.
- **Environ 760 000 Canadiens** affirment avoir vécu un conflit conjugal malsain ou de la violence conjugale dans les cinq années précédentes.
- **Plus de 766 000 Canadiens âgés** affirment avoir fait l'objet de mauvais traitements ou de négligence au cours de l'année précédente.

Les femmes, les enfants, les Autochtones, les personnes handicapées et les personnes qui s'identifient en tant que personne allosexuelles (lesbiennes, gais, personnes bisexuelles, transgenres ou en questionnement quant à leur orientation ou identité sexuelle) et bispirituelles sont plus à risque d'être victimes de violence familiale et de ses effets. **Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être tuées par un partenaire intime et d'être**

victimes de violence sexuelle et de formes plus graves de violence conjugale chronique, en particulier les formes de violence qui incluent les menaces et le recours à la force pour exercer un contrôle. Les femmes sont aussi plus susceptibles d'en ressentir les effets sur leur santé.

La violence faite aux femmes et aux enfants est un problème de santé publique d'importance mondiale.

Les données mondiales révèlent qu'une femme sur trois sera victime de violence sexuelle ou physique au cours de sa vie. Environ 18 % des femmes et environ 8 % des hommes affirment avoir été victimes de violence sexuelle au cours de l'enfance.

La violence familiale est complexe — aucun facteur unique ne permet de prédire avec exactitude à quel moment elle se produira. Différentes combinaisons de facteurs au niveau individuel, familial, relationnel, communautaire et sociétal exercent une influence sur le risque de violence familiale. Parmi ces facteurs, notons, par exemple, les croyances entretenues à l'égard d'un sexe et la violence ainsi qu'aux caractéristiques relatives aux relations comme le pouvoir et le contrôle.

Les gens sont réticents à parler de la violence familiale, ce qui signifie souvent qu'elle n'est pas signalée.

Diverses raisons expliquent pourquoi la violence familiale n'est pas signalée, notamment la peur et les préoccupations relatives à la sécurité, la stigmatisation et la peur de ne pas être crus. Dans certains cas, les gens croient qu'il s'agit d'un problème personnel ou d'un problème qui n'est pas suffisamment important. Les personnes qui vivent la violence familiale peuvent aussi dépendre de la personne qui inflige les mauvais traitements ou la violence.

Nos connaissances sur les déterminants sociaux de la santé peuvent nous aider à prévenir la violence familiale et à mettre au point des méthodes d'intervention efficaces. Parmi les approches de prévention, il faut changer les croyances et les attitudes, établir des collectivités sûres et favorisant l'entraide, offrir du soutien aux jeunes et aux familles pour encourager les relations saines et promouvoir la santé et le bien-être.

Des recherches additionnelles sont nécessaires sur **l'efficacité des interventions et des stratégies de prévention** dans différentes situations.

Problèmes rattachés aux données sur la violence familiale

[Statistique Canada](#) produit des rapports sur la violence familiale au Canada sur une base régulière en compilant et en analysant des données provenant des rapports de police et d'enquêtes auprès de la population. Ces deux sources de données se complètent, mais ne sont pas directement comparables. L'information provenant des enquêtes des services de protection d'enfance est recueillie au moyen de [l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants](#) de l'Agence de santé publique du Canada.

Il peut être difficile de compiler et d'interpréter les données sur la violence familiale, et ce, pour de nombreuses raisons dont les suivantes :

Les gens sont réticents à discuter de la violence familiale pour les raisons suivantes:¹⁻⁶

- Ils craignent pour leur sécurité ou celle de leurs enfants.
- Ils dépendent du membre de la famille qui a infligé des mauvais traitements ou de la violence.
- Ils ont des sentiments de honte, de déni ou de blâme. Ils croient que personne ne les croira, qu'ils seront blâmés ou jugés, ou qu'ils seront arrêtés.
- Ils ne veulent pas que d'autres le sachent, et croient qu'il s'agit d'un problème personnel.
- Ils croient que le problème était mineur ou pas suffisamment important. Ils l'ont réglé d'autres façons.

Il existe différentes définitions de la violence familiale. Les enquêtes n'utilisent pas toutes la même définition de la violence familiale et ne mesurent pas toutes le même type de violence familiale.^{7,8}

La violence émotionnelle et la négligence sont les types de violence les plus difficiles à mesurer parce qu'ils sont difficiles à définir et à cerner.^{7,9}

La violence familiale est difficile à mesurer :^{7,10-20}

- Les données des services de police et de protection de l'enfance saisissent uniquement les incidents portés à l'attention des autorités. Les enquêtes auprès de la population répertorient une gamme élargie d'incidents, y compris ceux qui ne sont pas signalés. Ces deux sources sont importantes pour comprendre la portée de la violence familiale au Canada.
- Les enquêtes auprès de la population ne mesurent pas toujours toutes les formes de violence familiale ou ne donnent pas d'information sur la façon dont souvent une personne vit la violence. Un élément de données peut porter sur tout un éventail de comportements.
- Les changements dans les données d'enquêtes, au fil du temps, peuvent refléter les changements dans les méthodes d'établissement de rapports ou dans les attitudes susceptibles d'exercer une influence sur la façon dont les gens répondent aux questions.
- Il peut être difficile d'interpréter les taux de violence familiale dans les petites populations. Des taux élevés de violence familiale dans des petites populations peuvent être attribuables à un petit nombre d'incidents. Un petit changement dans le nombre d'incidents peut entraîner un grand changement dans les taux.
- Les données ne sont pas toujours divisées en sous-groupes. Cela signifie qu'il peut y avoir une information limitée pour les groupes à risque plus élevé de violence familiale, comme les populations autochtones.
- La façon dont les questions sont formulées dans les enquêtes auprès de la population peut aussi influencer sur les résultats. Cela signifie qu'il peut être difficile de comparer les résultats entre les différentes enquêtes.
- Les enquêtes auprès de la population sont fondées sur la mémoire des gens d'événements passés. Dans le cas de la violence familiale, ces enquêtes fournissent des estimations relativement fiables. En fait, elles sous-estiment probablement le problème.



POURQUOI CE RAPPORT

Le présent rapport examine pour quelles raisons la violence familiale est un problème de [santé publique](#) important pour les Canadiens.

Les familles en santé sont l'épine dorsale de personnes, de collectivités et de sociétés fortes et productives²¹⁻²⁵. Elles sont de différentes tailles et formes, et représentent un sanctuaire où l'on peut trouver nourriture, chaleur, refuge, sécurité, soutien, sûreté et amour.

La violence familiale est un indicateur que les familles sont en crise et ont besoin d'aide. En 2014, 323 643 Canadiens ont été victimes d'un crime violent signalé à la police. Pour environ 85 000 de ces victimes, l'auteur du crime était un membre de la famille¹⁰.

Seulement 30 % des Canadiens affirment que la police a été mise au fait des incidents lorsque leur conjoint s'est montré violent ou a infligé de mauvais traitements. Cela signifie qu'un grand nombre d'incidents de violence familiale ne sont jamais portés à l'attention de la police¹⁰.

VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE OU DE PLUS DE RENSEIGNEMENTS SUR LA VIOLENCE FAMILIALE?

Consultez les sites Web suivants :

- Le Site Web [Arrêtons la violence familiale](#) de l'Agence de santé publique du Canada.
- Le site Web [La violence familiale](#) de Justice Canada.
- Le site Web [Prévention de la violence de Condition féminine Canada](#).
- Le site Web [La violence familiale](#) de la Gendarmerie royale du Canada.
- Le site Web du [Cercle national autochtone contre la violence familiale](#).

Si vous-même ou une personne que vous connaissez avez besoin d'une aide immédiate, composez le 911 ou le numéro de téléphone d'urgence du service de police local.

QU'EST-CE QUE LA VIOLENCE FAMILIALE?

Pour les besoins du présent rapport, la **violence familiale comprend la violence, les mauvais traitements, les conflits malsains ou la négligence par un membre de la famille à l'égard d'un membre de la famille qui risquent d'entraîner un mauvais état de santé**. Dans ce contexte, les membres de la famille comprennent également les partenaires intimes. La recherche sur la [violence familiale](#) est souvent axée sur le mauvais traitement aux enfants (que l'on appelle également la négligence et la violence faites aux enfants), la violence envers le partenaire intime (aussi appelée violence conjugale, violence dans les fréquentations, violence domestique ou mauvais traitements) et les mauvais traitements envers les personnes âgées (aussi appelés négligence et violence envers les aînés).

Voici certains types de violence familiale courants.

Violence physique : acte physique comme le fait de pousser, de bousculer, de claquer, de donner un coup de pied, de pincer, d'étouffer, de poignarder, de blesser par balle, de lancer des objets ou de brûler.

Violence sexuelle : tout type d'activité sexuelle forcée ou de coercition sexuelle à tout âge. Tout contact sexuel avec un enfant âgé de moins de 16 ans constitue un crime tout comme l'activité sexuelle qui exploite les enfants âgés de moins de 18 ans*.

Violence émotionnelle : paroles ou actions visant à contrôler, à effrayer ou à détruire le respect qu'une personne a pour elle-même.

Exploitation financière : contrôle ou mauvaise utilisation de l'argent ou de la propriété d'autrui.

Négligence : ne pas répondre aux besoins fondamentaux (p. ex. aliments, vêtements adéquats, soins de santé, protection contre les méfaits)

Exposition à la violence par le partenaire intime : lorsque les enfants sont témoins de la violence entre partenaires intimes à leur domicile.

* Certaines exceptions pour les membres non familiaux pour les personnes à peu près du même âge sont prévues. Voir le [Code criminel du Canada](#).

QUI EST VICTIME DE VIOLENCE FAMILIALE AU CANADA?

Pour savoir combien de Canadiens sont à risque d'avoir une mauvaise santé en raison de la violence familiale, nous devons savoir combien de Canadiens en sont victimes.

Lorsque l'on a posé aux Canadiens des questions sur la violence familiale, les mauvais traitements et les conflits, les données ont révélé ce qui suit :



Environ 9 millions ou un tiers des Canadiens âgés de plus de 15 ans ont affirmé qu'ils avaient été victimes de mauvais traitements avant l'âge de 15 ou 16 ans.^{2,26,27}



Environ 760 000 ou 4 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus ont affirmé qu'ils avaient été victimes de violence de la part d'un partenaire intime dans les cinq années précédentes.¹⁰



Plus de 766 000 ou 8 % des Canadiens âgés de 55 ans et plus ont indiqué qu'ils avaient été victimes de mauvais traitements ou de négligence au cours de l'année précédente.²⁷

Certains Canadiens sont à risque plus élevé de violence familiale :



Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être victimes de violence plus grave et plus fréquente de la part d'un conjoint ou de partenaire amoureux.¹⁰



Les Autochtones sont plus susceptibles d'être victimes de violence familiale que les non Autochtones. Cela est particulièrement vrai dans le cas des femmes autochtones.¹⁰



Les personnes handicapées sont plus susceptibles d'être victimes de violence d'un conjoint, en particulier des types de violence plus grave que les personnes non handicapées.²⁸



Les personnes qui s'identifient en tant que personne lesbienne, gaie, bisexuelle, transgenre ou en questionnement (LGBTQ) sont plus susceptibles d'être victimes de mauvais traitements ou de négligence pendant l'enfance, d'intimidation et de violence perpétrée par un conjoint ou une fréquentation.^{10,29-31}

Pourquoi s'intéresser à la violence familiale?

La violence familiale entraîne des effets importants et durables sur la santé. Elle est plus susceptible de toucher les personnes vulnérables, marginalisées ou marquées par des inégalités. Les personnes qui sont victimes de violence familiale sont plus susceptibles de présenter les problèmes suivants^{10,26,32-71}.

- Problèmes de santé mentale comme la dépression, le trouble de stress post-traumatique et l'anxiété.
- Des problèmes physiques comme les blessures ainsi que des affections et des maladies comme le cancer et l'arthrite.
- Une espérance de vie écourtée.

Certaines personnes sont à risque plus élevé de ressentir des répercussions sur leur santé, en particulier dans le cas des problèmes liés à la santé mentale. Les exemples

comprennent les femmes, les jeunes enfants, les Autochtones et les personnes qui vivent des types de violence familiale plus graves^{10,26,32,60,72-81}.

Le lien entre la violence familiale et le mauvais état de santé est complexe. Il est donc difficile de déterminer le nombre de Canadiens en mauvais état de santé en raison de la violence familiale. Les coûts économiques liés au mauvais état de santé attribuable à la violence familiale au Canada sont importants^{82,83}. En ce qui a trait à la violence faite aux enfants, les coûts pour les soins de santé, les services sociaux et personnels (p. ex. thérapie) en 1998 ont été estimés à près de 4 milliards de dollars par année⁸². Dans le cas de la violence conjugale, les coûts rattachés aux soins de santé en 2009 ont été estimés à 200 millions de dollars par année. Les coûts liés à la douleur, à la souffrance et à la perte de vie ont été estimés à 5,5 milliards de dollars par année⁸³.

La lutte contre la violence faite aux femmes et aux enfants est une priorité à l'échelle mondiale : les données mondiales estiment que 35 % des femmes ont été victimes de violence physique ou sexuelle au cours de leur vie. Environ 23 % des femmes et des hommes sont victimes de violence physique pendant l'enfance et 18 % des femmes et environ 8% des hommes affirment avoir été victimes de violence sexuelle pendant l'enfance.⁸⁴⁻⁸⁶ Les croyances qui établissent de la discrimination contre les femmes et les enfants, qui appuient la violence et qui mènent à des problèmes de pouvoirs et de contrôle dans les relations sont des raisons pour lesquelles les femmes et les enfants sont à risque élevé de vivre de la violence.⁶⁹ Au Canada, la lutte contre la violence faite aux femmes et aux filles autochtones est devenue une priorité. En 2016, le gouvernement du Canada a institué une enquête nationale indépendante sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées.

Peut-on prévenir la violence familiale?

Il n'existe aucune raison unique expliquant la violence familiale. Ce qui mène à la violence familiale est un amalgame de facteurs sur les plans individuel, familial, social, communautaire et sociétal^{p. ex. 87-89}. La complexité de la violence familiale fait en sorte qu'il est difficile de mettre au point des méthodes efficaces pour la prévenir. La recherche progresse afin de mieux cerner les possibilités d'intervention pour lutter contre la violence familiale.

Comme la violence familiale implique des personnes, des familles, des collectivités et des sociétés, chacun est responsable d'y mettre fin. Le renforcement des [principes liés à la santé publique ou de la population](#) peut jouer un rôle important. Les changements dans les croyances et les attitudes, la création de collectivités sûres et valorisant l'entraide, la promotion des familles et des relations saines, ainsi que le fait de cibler les populations à risque sont autant de façons de prévenir la violence familiale.

Organisation du rapport :

Ce rapport examine comment et pourquoi la violence familiale est un problème de santé publique important pour les Canadiens et ce qui peut être fait à cet égard. Le rapport renferme les sections suivantes :

- **La section sur les impacts sur les Canadiens** examine l'étendue de la violence familiale au Canada et ses effets sur la santé et le mieux être des Canadiens.
- **La section sur l'influence sur le risque de violence familiale** examine différents facteurs individuels, familiaux, sociaux, communautaires et sociétaux qui exercent une influence sur le risque de violence familiale.
- **La section sur le perspective axée sur le parcours de vie** fournit un aperçu de la violence familiale tout au long de la vie en examinant les mauvais traitements faits aux enfants, la violence entre partenaires intimes et les mauvais traitements faits aux personnes âgées.
- **La section sur la prévention de la violence familiale** examine de quelle façon les méthodes et les approches contribuent à lutter contre la violence familiale par la [prévention primaire](#).



IMPACTS SUR LES CANADIENS

Pour arrêter la violence familiale et ses effets sur la santé, nous devons comprendre qui en est victime et en quoi elle touche la santé. La présente section donne un aperçu des segments de la population canadienne qui sont victimes de violence familiale, de combien elle coûte aux Canadiens et explique en quoi elle peut mener à un décès précoce ou à un mauvais état de santé.

La violence familiale au Canada

En 2014, les rapports de police ont révélé qu'il y avait plus de 85 000 victimes de violence familiale au Canada¹⁰. Lorsque l'on inclut la violence entre les partenaires amoureux, le nombre augmente à 133 920 victimes¹⁰. Environ 96 000 de ces victimes sont des femmes et près de 20 000 sont âgées de moins de 20 ans¹⁰. À l'instar d'autres crimes violents, la violence familiale déclarée à la police a diminué au Canada au cours des quatre dernières années (voir figure 1)^{10,20}.

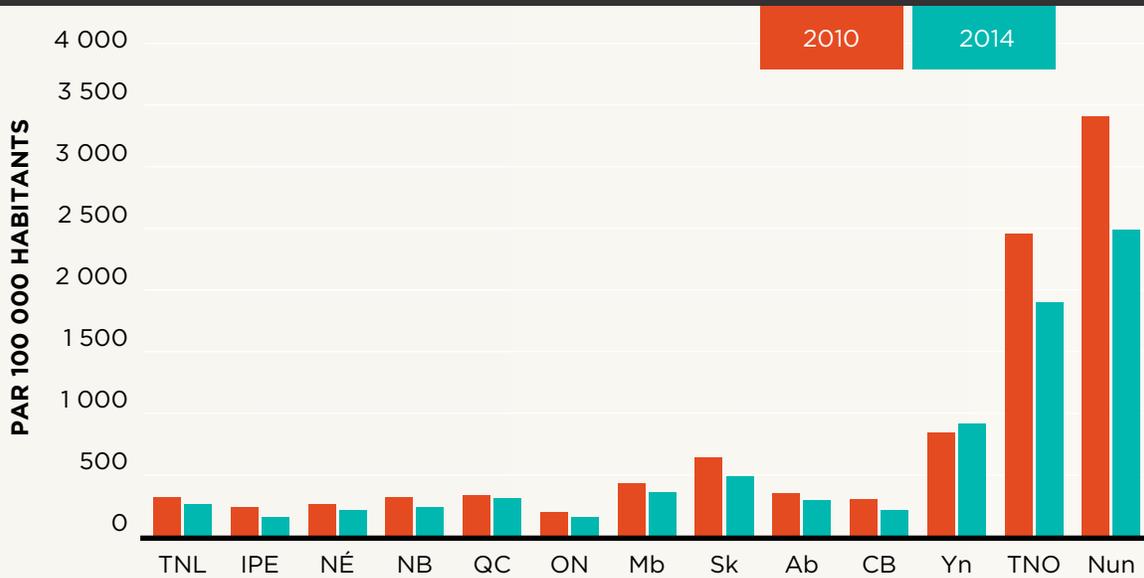
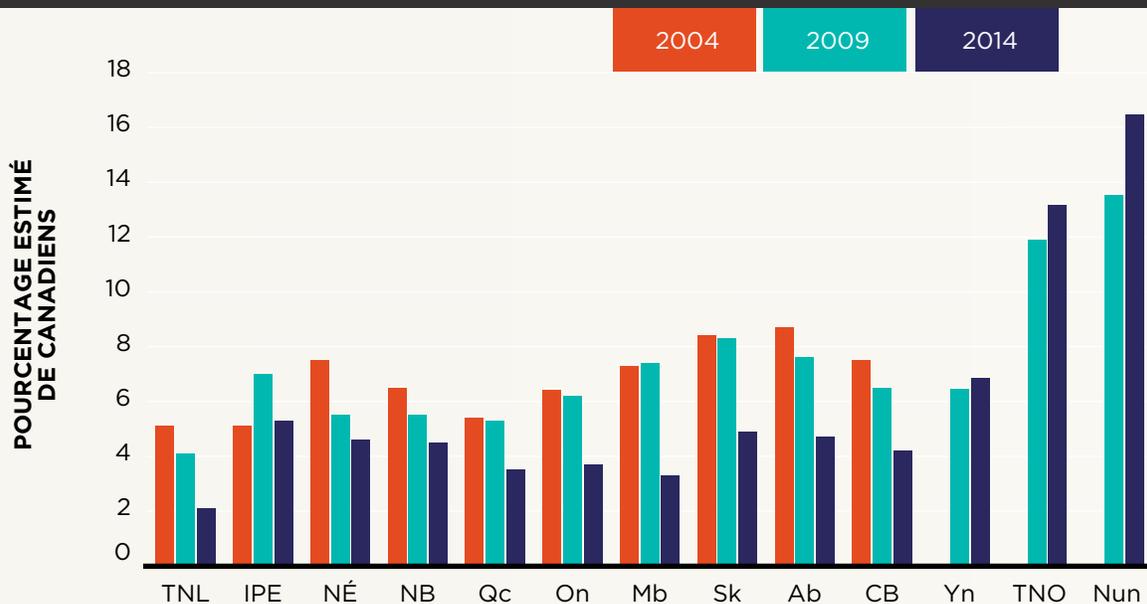
Les données des enquêtes récentes auprès de la population révèlent ce qui suit :

- Environ 9 millions de Canadiens âgés de plus de 15 ans (32 %) ont affirmé avoir été victimes de mauvais traitements avant l'âge de 15 ou de 16 ans^{2,26,27}.
- Environ 760 000 Canadiens âgés de plus de 15 ans (4 %) ont affirmé avoir vécu un conflit conjugal malsain ou de violence conjugale au cours des cinq années précédentes.¹⁰
- Environ 4,2 millions de Canadiens âgés de plus de 15 ans (14 %) ont affirmé avoir été victimes de violence émotionnelle de la part d'un conjoint ou d'un conjoint de fait dans le passé¹⁰.
- Environ 900 000 Canadiens âgés de plus de 15 ans (3 %) ont affirmé avoir été victimes d'exploitation financière de la part d'un conjoint ou d'un conjoint de fait dans le passé¹⁰.

- Environ 766 000 Canadiens âgés de 55 ans et plus (8 %) ont affirmé avoir été victimes de mauvais traitements ou de négligence de la part d'un membre de la famille au cours de l'année précédente²⁷.

Lorsqu'on a interrogé les Canadiens sur leurs expériences de conflit, de mauvais traitements et de violence dans leurs relations maritales ou unions de fait actuelles ou passées, les enquêtes auprès de la population ont révélé que les taux avaient diminué dans les provinces, mais non dans les territoires (voir figure 2). Cette diminution semble surtout attribuable au fait que la violence conjugale grave est en diminution^{4,5,10}.

On ne comprend pas très bien pourquoi la violence familiale a diminué. L'une des raisons pourrait être que les générations plus jeunes sont moins susceptibles d'avoir vécu de la violence familiale que les générations précédentes. Certaines données appuient cette allégation. En 2014, dans les territoires, 45 % des Autochtones âgés de 45 à 64 ans et 26 % de ceux âgés de 15 à 34 ans ont affirmé avoir été victimes de mauvais traitements et de négligence avant l'âge de 15 ans³. Ces chiffres ne se rapportent pas uniquement à la violence familiale et peuvent refléter l'expérience vécue dans les pensionnats indiens. Aux États Unis, les données montrent que les femmes nées entre 1966 et 1975 étaient moins susceptibles d'avoir été victimes de violence par un partenaire intime que les femmes nées entre 1946 et 1955⁹¹.

FIGURE 1 :
VIOLENCE FAMILIALE SIGNALÉS À LA POLICE, 2010 ET 2014^{10, 20}.**FIGURE 2 :**
VIOLENCE CONJUGALE AUTODÉCLARÉS AU CANADA,
2004, 2009 ET 2014^{3, 10, 90}.

Notes sur les données : L'information a été recueillie auprès de Canadiens âgés de 15 ans et plus et représente la violence conjugale vécue dans les cinq années précédentes. Sont inclus dans les données les personnes légalement mariées, les conjoints de fait, les partenaires de même sexe, les conjoints séparés et divorcés. Les données sur les territoires n'étaient pas disponibles pour chaque année. Pour 2009, il convient de faire preuve de prudence en effectuant des comparaisons des données parce que celles-ci ont été compilées de manière légèrement différente dans les provinces et dans les territoires.

Populations canadiennes et violence familiale

Certaines populations au Canada sont plus susceptibles d'être victimes de violence familiale ou de types ou d'effets plus graves. Par exemple :

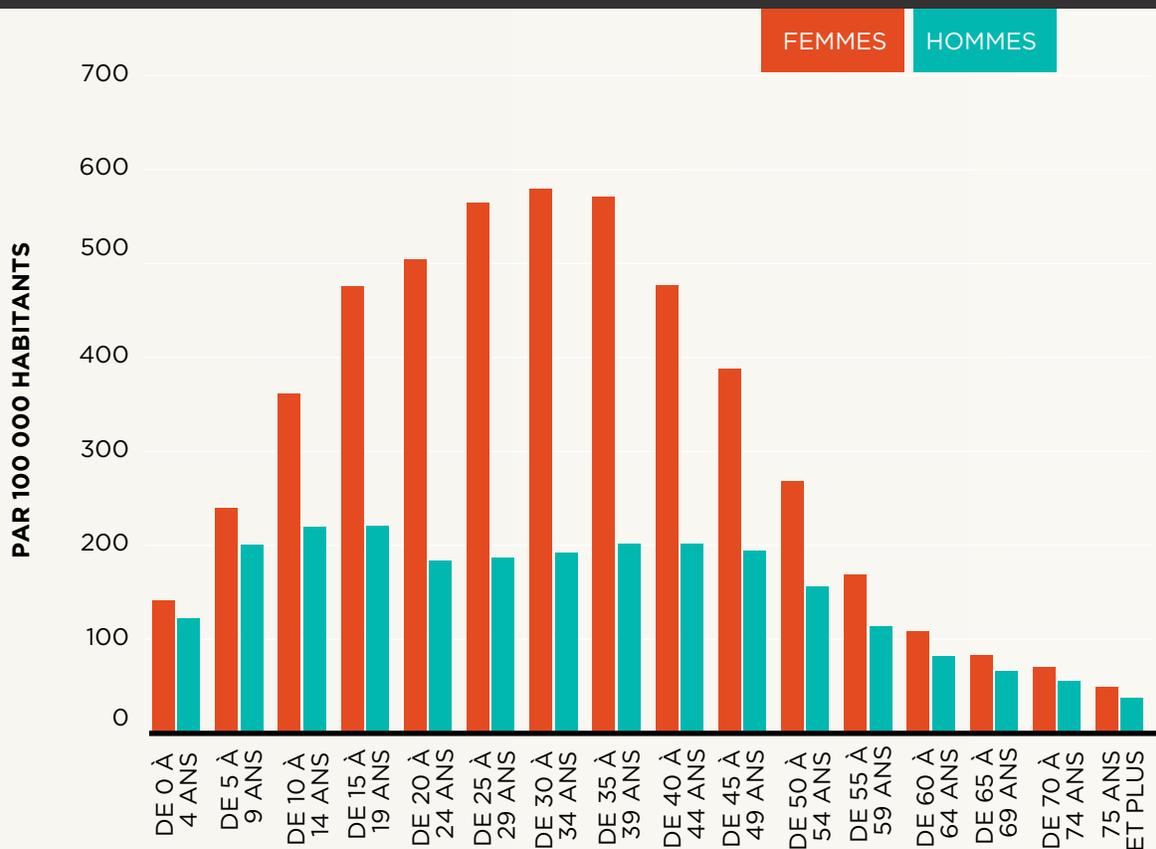
Femmes : Pour ce qui est des cas de violence familiale signalés à la police, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être victimes de violence conjugale, et ce, à tous les âges (voir figure 3)¹⁰. En 2014, 57 835 femmes et 27 567 hommes ont été victimes de violence familiale ayant fait l'objet d'un signalement à la police¹⁰.

Les enquêtes auprès de la population montrent que pendant leur vie, les femmes sont plus susceptibles d'être victimes de violence familiale que les hommes^{84,85,92}. En 2010, selon les données compilées à l'échelle mondiale, on estimait que 30 % des femmes étaient victimes de violence physique ou sexuelle de la part du partenaire intime à un moment de leur vie^{84,85}. Dans les pays à revenu élevé, dont le Canada, cette proportion était de 21 %⁸⁵. En 2012, les données provenant de deux villes de l'Ontario et du Québec ont révélé ce qui suit⁹² :

- 29 % des femmes et 15 % des hommes ont affirmé avoir été victimes de violence émotionnelle de la part d'un membre de la famille au moins une fois dans leur vie.
- 15 % des femmes et 6 % des hommes ont affirmé avoir été victimes de violence physique d'un membre de la famille au moins une fois dans leur vie.

Les données canadiennes révèlent que les femmes courent deux à quatre fois plus de risque que les hommes d'être victimes de violence sexuelle dans l'enfance ou dans leur relation maritale ou vivant en union de fait^{10,26,93}. Les rapports de police et les enquêtes des services de protection de l'enfance révèlent que les jeunes filles et les jeunes hommes courent autant de risque d'être victimes d'autres types de mauvais traitements^{58,71}. Les enquêtes auprès de la population révèlent que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'affirmer qu'elles ont été victimes de violence sexuelle ou témoins de la violence conjugale de leurs parents dans l'enfance. Elles sont toutefois moins susceptibles d'affirmer avoir été victimes de violence physique dans l'enfance (voir la figure 4)²⁶.

FIGURE 3 :
VIOLENCE FAMILIALE SIGNALÉS À LA POLICE, 2014¹⁰.

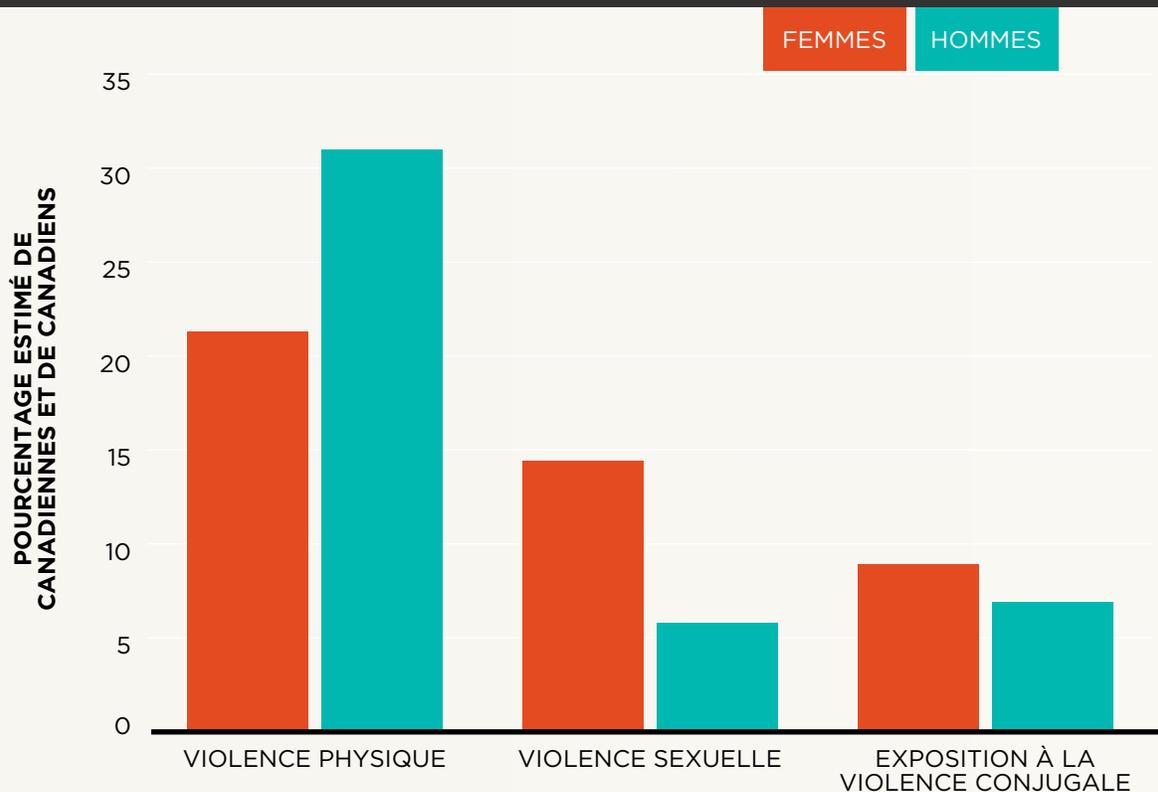


Les données provenant d'une enquête démographique de 2014 ont révélé que 341 502 ou 4 % des Canadiennes et 418 163 ou 4 % des Canadiens avaient affirmé avoir été victimes d'un conflit malsain, de mauvais traitements ou de violence dans leur relation maritale ou leur union de fait au moins une fois dans les cinq années précédentes¹⁰. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'être victimes de types de violence plus graves de la part du partenaire intime, d'avoir un mauvais état de santé en raison de la violence du partenaire intime ou d'être tuées par un partenaire intime^{4,10}.

Les femmes autochtones étaient aussi plus susceptibles d'avoir vécu des mauvais traitements pendant l'enfance ou d'être victimes de violence dans leur relation maritale ou leur union de fait que les hommes autochtones. En 2014⁷² :

- 14 % des femmes autochtones et 5 % des hommes autochtones ont affirmé avoir vécu de la violence physique et sexuelle pendant l'enfance.
- 10 % des femmes autochtones et 8 % des hommes autochtones ont affirmé avoir vécu de la violence perpétrée par un conjoint ou un conjoint de fait dans les cinq années précédentes.

FIGURE 4 :
VIOLENCE FAITE AUX ENFANTS OU D'EXPOSITION À DE LA
VIOLENCE ENTRE PARTENAIRES INTIMES AUTODÉCLARÉS, 2012²⁶.



Notes sur les données : Les données ont été compilées auprès des Canadiens âgés de 18 ans et plus. Cela exclut les Canadiens vivant dans les territoires, les collectivités autochtones ou les institutions. Elles ne comprennent pas les militaires à temps plein des Forces canadiennes.

Populations autochtones : [Les populations autochtones](#) sont diversifiées et incluent les Premières Nations, les Métis et les Inuits. Dans les collectivités autochtones, la violence familiale est bien souvent tributaire de nombreux facteurs dont les écarts dans les services de santé et les services sociaux, l'absence de lieux ou de logements sûrs, le contexte politique et historique, les préoccupations relatives au système judiciaire et au fait que la violence est perçue comme un comportement normal. Les femmes autochtones qui cherchent de l'aide doivent souvent quitter leur collectivité. Cela signifie qu'elles doivent laisser derrière elles leurs sources de soutien et leur culture⁹⁴. Les Autochtones peuvent être réticents à chercher de l'aide en raison de la stigmatisation et de la discrimination qu'ils ont vécue dans le système de santé⁹⁵.

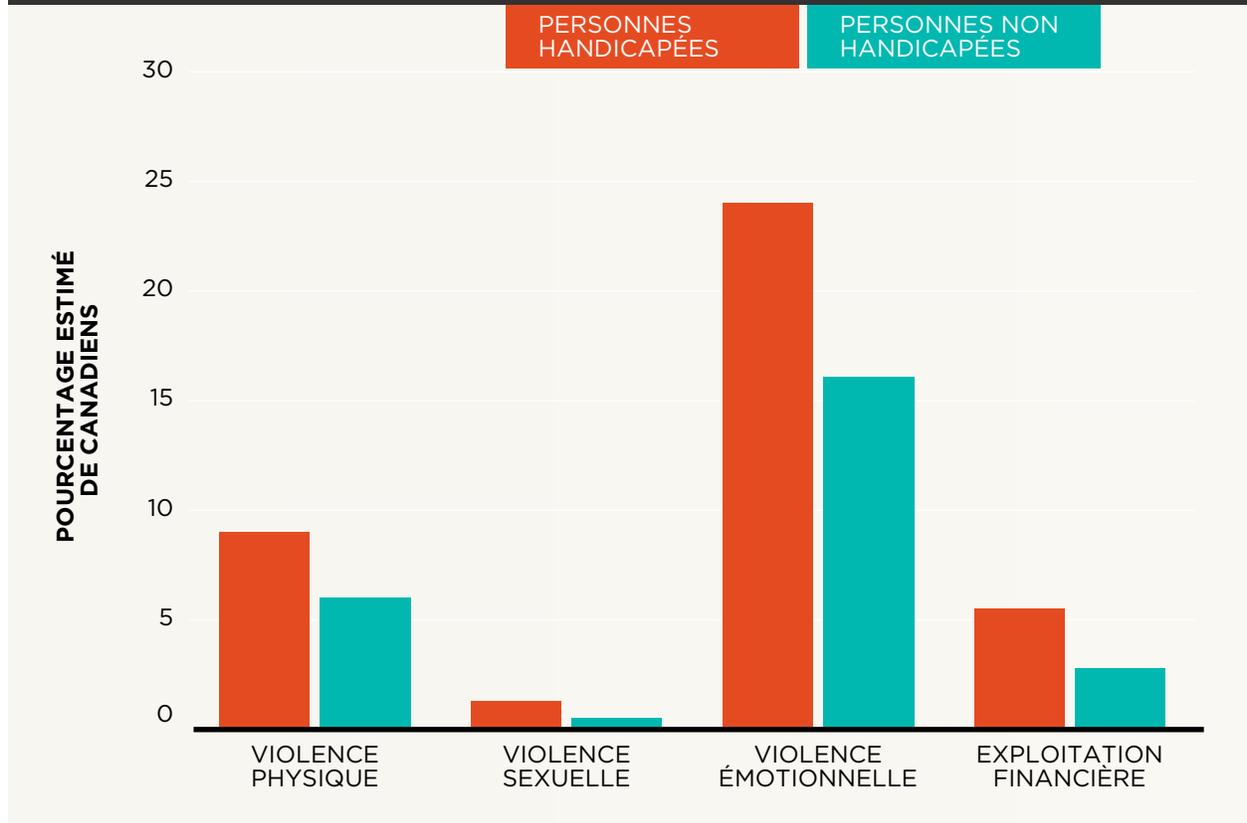
Les Autochtones sont plus susceptibles d'être victimes de mauvais traitements pendant l'enfance et de violence conjugale que les non Autochtones. En 2014^{10,72} :

- 40 % des Autochtones et 29 % des non Autochtones ont déclaré qu'ils avaient vécu des mauvais traitements avant l'âge de 15 ans.
- 9 % des Autochtones et 4 % des non Autochtones ont affirmé qu'ils avaient vécu un conflit malsain, des mauvais traitements ou de la violence perpétrée par un conjoint ou un conjoint de fait dans les cinq années précédentes.
- 10 % des femmes autochtones et 3 % des femmes non autochtones ont affirmé avoir vécu des conflits malsains, des mauvais traitements ou de la violence perpétrée par un conjoint ou un conjoint de fait dans les cinq années précédentes.
- Les femmes autochtones étaient plus susceptibles que les femmes non autochtones de déclarer avoir fait l'objet de types de violence conjugale plus graves et d'avoir vécu des séquelles plus graves sur la santé.
- Contrairement aux cas des femmes non autochtones, la violence conjugale chez les femmes autochtones n'a pas diminué avec le temps.

Personnes handicapées : Les personnes qui ont un handicap physique, un problème de santé ou un problème de santé mentale qui limite leurs activités quotidiennes sont plus susceptibles d'être victimes de violence conjugale ou de violence sexuelle que les personnes qui ne sont pas touchées par ces types de problèmes de santé (voir figure 5)^{28,111-113}. Cela est particulièrement vrai pour les femmes¹¹⁴.

Le traumatisme intergénérationnel est un problème important pour certaines collectivités autochtones. En effet, il est souvent lié à la problématique des [pensionnats indiens](#) ainsi qu'à des contextes politiques et historiques.⁹⁶⁻¹⁰⁸ Le traumatisme intergénérationnel se produit lorsqu'un événement traumatique touche non seulement les personnes qui le vivent, mais aussi leurs enfants et parfois leurs petits enfants. Par exemple, les enfants des Autochtones qui ont vécu un traumatisme dans les pensionnats indiens sont à risque plus élevé de connaître un épisode dépressif¹⁰⁰. D'autres exemples des séquelles à long terme de l'expérience des pensionnats indiens comprennent la perte des connaissances traditionnelles, la piètre qualité de la santé communautaire, le stress intergénérationnel, des disparités dans les déterminants sociaux de la santé et des perturbations dans l'identité ethnique et culturelle.^{99,103,109,110}

FIGURE 5 :
VIOLENCE CONJUGALE AUTODÉCLARÉE, 2004²⁸.



Notes sur les données : Une personne handicapée est une personne qui affirme avoir eu de la difficulté dans sa vie quotidienne ou être atteinte d'une incapacité physique, d'un problème de santé ou d'un problème de santé mentale qui influe sur ses activités quotidiennes. L'information a été obtenue auprès de Canadiens âgés de 15 ans ou plus et représente la violence conjugale vécue dans les cinq années précédentes, les incidents de mauvais traitements physiques ou sexuels survenus dans les cinq années précédentes et les incidents de mauvais traitements émotionnels ou financiers vécus à tout moment.

Collectivité des personnes allosexuelles (lesbiennes, gais, personnes bisexuelles, transgenres, en questionnement quant à leur orientation ou identité sexuelle, ou de gender non conforme) et bispirituelles : Les données sur la violence familiale dans la collectivité des personnes allosexuelles (lesbiennes, gais, personnes bisexuelles, transgenres, en questionnement quant à leur orientation ou identité sexuelle, ou de gender non conforme) et bispirituelles sont limitées au Canada, de sorte qu'il est difficile de cerner pleinement l'étendue de la problématique. En 2014, 8 % des partenaires de même sexe affirmaient avoir vécu de la violence du partenaire intime dans les cinq années précédentes comparativement à 4 % chez les partenaires hétérosexuels¹⁰. Chez les partenaires de même sexe, il s'agit d'une diminution de 21 % par rapport à 2004¹⁰. La recherche a révélé que les personnes qui s'identifient comme lesbiennes, gais, bisexuelles, transgenres ou en questionnement (LGBTQ) sont plus susceptibles d'avoir vécu des mauvais traitements et de la négligence pendant

l'enfance, de l'intimidation, du harcèlement sexuel des pairs, de la violence entre les partenaires amoureux et dans la relation conjugale ou l'union de fait^{10,29-31}.

Chez les personnes qui s'identifient en tant que LGBTQ, plusieurs facteurs additionnels peuvent exercer une influence sur leur risque d'être exposées à de la violence familiale^{29-31,115-120} :

- L'acceptation familiale est un enjeu clé pour les jeunes LGBTQ. Elle peut influencer l'estime de soi et le soutien social ainsi que la santé physique et mentale.
- Les femmes lesbiennes ou bisexuelles et les hommes gais ou bisexuels peuvent être confrontés à des difficultés liées à des stéréotypes sexospécifiques. Pour les femmes, il peut s'agir de la conviction que les femmes sont incapables de commettre des actes de violence. Pour les hommes, il peut s'agir de la conviction que les hommes sont violents et qu'ils ne

parlent pas de leur expérience en tant que victimes de violence ou de mauvais traitements.

- Il existe aussi d'autres facteurs, notamment les suivants :
 - le stress inhérent au fait de faire partie d'un groupe minoritaire;
 - la menace d'être exposé en tant que LGBTQ;
 - la déclaration d'infection à VIH, le cas échéant;
 - le conflit de rôles fondé sur les sexes;
 - la stigmatisation sociale;
 - la violence à l'extérieur de la relation; et,
 - l'absence de services de soutien spécifiques.

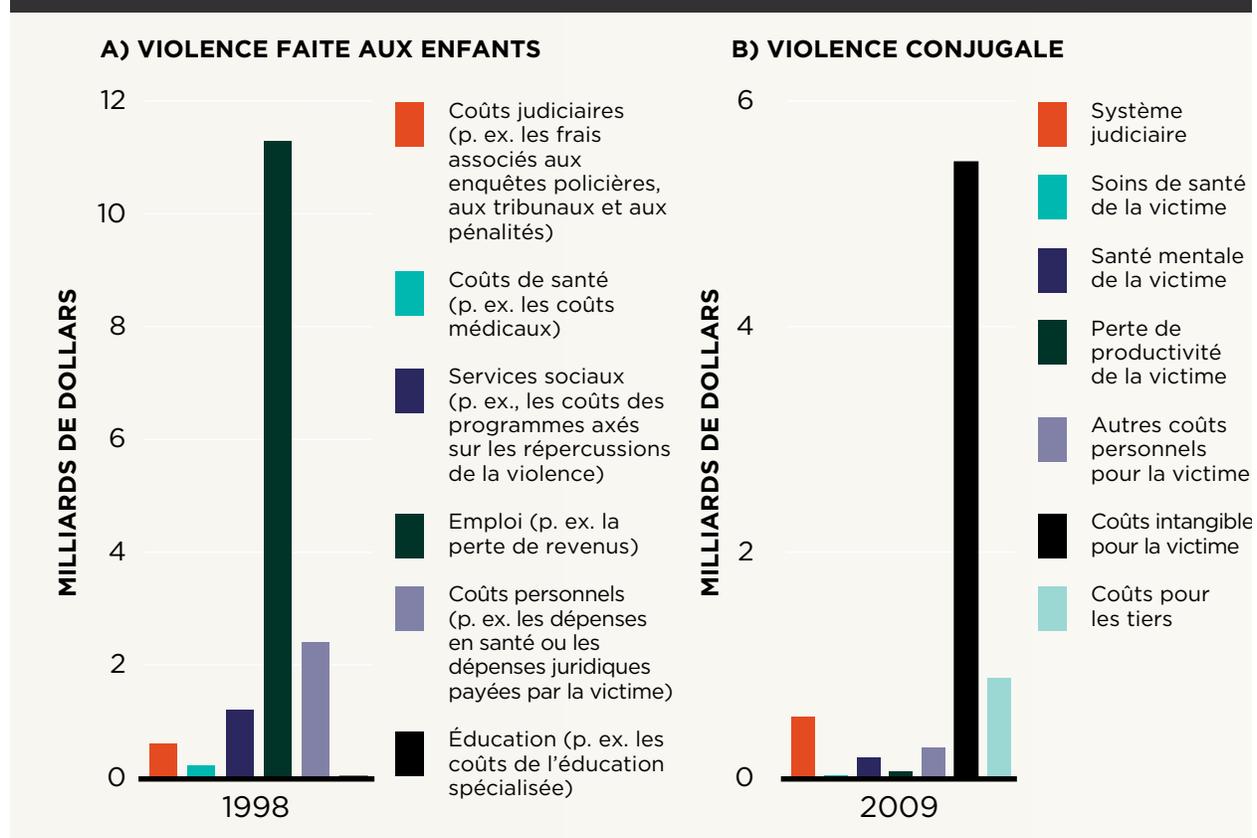
Coûts économiques de la violence familiale

À ce jour, les études portant sur les coûts rattachés à la violence familiale pour les Canadiens ont été limitées.

Des données plus anciennes prêtent à penser que les coûts économiques de la violence familiale au Canada sont élevés. On ne peut établir avec certitude si ces coûts ont changé au fil du temps, car aucune donnée n'est disponible pour effectuer une comparaison. Les données de 1998 estiment que les mauvais traitements et la négligence pendant l'enfance ont coûté aux Canadiens près de 16 milliards de dollars par année (voir figure 6)⁸². Les données de 2009 estiment que la violence conjugale a coûté aux Canadiens près de 7,4 milliards de dollars par année (voir figure 6)⁸³.

En ce qui a trait aux mauvais traitements et la négligence pendant l'enfance, les coûts les plus importants sont rattachés à la perte de revenus⁸². Dans le cas de la violence conjugale, les coûts les plus importants sont rattachés à des coûts intangibles. Ceux-ci comprennent une estimation des coûts rattachés à la douleur, à la souffrance et à la perte de vie attribuables à la violence conjugale pour les Canadiens⁸³.

FIGURE 6 :
COÛTS TOTAUX ESTIMÉS AU CANADA, PAR ANNÉE :
A) VIOLENCE FAITE AUX ENFANTS, 1998;
B) VIOLENCE CONJUGALE, 2009^{82, 83}.



Mortalité

La violence, les mauvais traitements et la négligence augmentent le risque d'un décès précoce par homicide et suicide de même qu'en raison de maladies et d'affections liées à la violence familiale^{94,121-129}. Les données sur les suicides liés à la violence familiale, les décès par maladies et affections liés à la violence familiale, et les décès attribuables à la négligence sont limitées ou absentes.

En 2014, on a dénombré 516 homicides au Canada. De ceux-ci, 131 ou 34 % des victimes ont été tuées par un membre de la famille. À l'instar des homicides en général, le nombre d'homicides familiaux diminue. Il est passé de 229 en 1985 à 131 en 2014^{10,121}. Le membre de la famille le plus susceptible d'être accusé d'homicide familial dépend de l'âge et du sexe de la victime :

- En ce qui concerne les bébés et les enfants, les parents sont les plus susceptibles d'être accusés du crime¹³⁰.
- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être tuées par un conjoint, un conjoint de fait ou partenaire amoureux¹⁰.
- En ce qui concerne les adultes plus âgés, un conjoint était plus susceptible d'être accusé du crime lorsque les femmes plus âgées étaient victimes d'un homicide familial. Les enfants d'âge adulte étaient les plus susceptibles d'être accusés lorsque les hommes plus âgés étaient les victimes¹⁰.

Impacts sur la santé physique et mentale

La violence familiale entraîne des répercussions étendues et durables sur la santé. Lorsque l'on examine ces répercussions, il convient de garder certains points à l'esprit :

- Parce qu'ils se produisent tôt dans la vie, les mauvais traitements pendant l'enfance sont l'exemple le plus clair de violence familiale entraînant des répercussions durables sur la santé mentale et physique^{P. ex. 59,131}. La violence envers les enfants influe sur le développement de ceux-ci, augmentant le risque de problèmes de santé à l'âge adulte¹²⁹.
- Même les formes moins graves de violence peuvent avoir une influence sur la santé. Par exemple, les punitions physiques peuvent entraîner des répercussions négatives sur la santé d'un enfant^{34,132,133}.
- Les études visant à cerner les répercussions de la violence du partenaire intime sur la santé ont été largement axées sur les femmes. Lorsque la santé des hommes est touchée par la violence perpétrée par un partenaire intime, les effets sont en grande partie les mêmes types de maladies et d'affections que vivent les femmes^{P. ex., 73,146}. Les femmes ont tendance à vivre des répercussions plus étendues et plus graves sur leur santé que les hommes^{4,10,73,147}.

- Peu d'études sont disponibles sur la façon dont les mauvais traitements des personnes plus âgées influent sur leur vie et leur bien-être.

La figure 7 présente une version simplifiée illustrant comment la violence familiale influe directement et indirectement sur la santé.

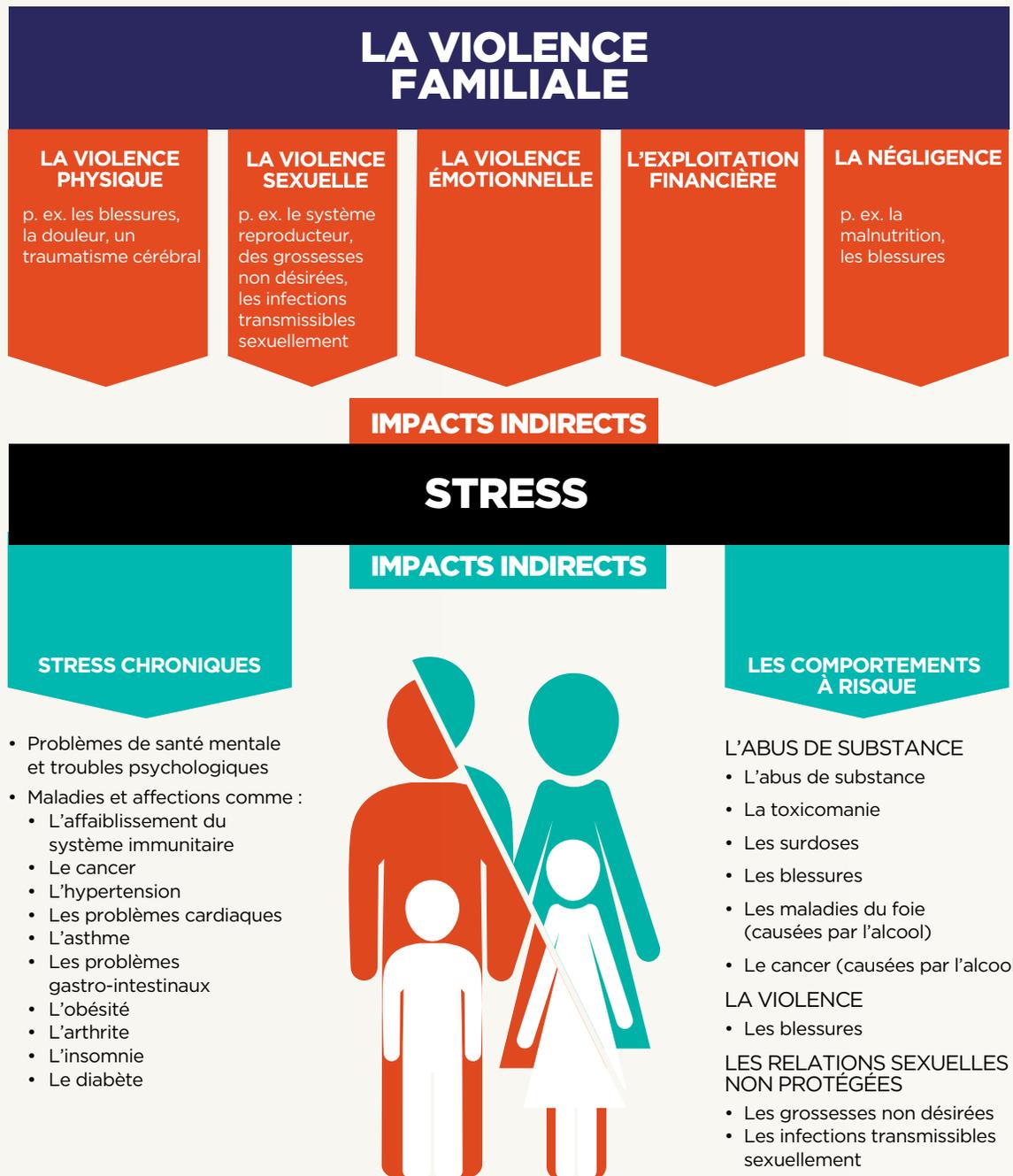
Est ce que les répercussions peuvent être « renversées »? Les études portant sur les Anglais et les Roumains adoptés (en anglais seulement) ont examiné la négligence au sein d'un groupe d'orphelins roumains. Ces orphelins présentaient de nombreux retards de développement et des troubles d'attachement avec les fournisseurs de soins. L'adoption au Royaume Uni avant l'âge de six mois a permis de rattraper bon nombre de ces retards chez la plupart des enfants. Certains enfants qui ont été adoptés à un âge un peu plus avancé ont aussi montré des améliorations.¹³⁴⁻¹⁴⁵

Impacts sur la santé des Canadiens : En 2014, près de 250 000 Canadiens (un Canadien sur trois) ayant vécu de la violence conjugale avait aussi déclaré avoir eu des blessures physiques comme des ecchymoses, des coupures ou des fractures. De 129 000 à 281 000 Canadiens (de 17 % à 37 % des Canadiens) ont affirmé avoir été bouleversés, avoir vécu de la confusion, de la frustration, de la colère, de la peine, de la déception, de la dépression, de la peur ou un choc. Environ 59 000 (32 %) des Canadiens qui avaient été victimes de violence conjugale plus grave ont affirmé qu'ils avaient des effets semblables aux symptômes du trouble de stress post-traumatique¹⁰. Cela représente uniquement une partie des répercussions de la violence familiale sur la santé des Canadiens.

Impacts indirects : Il peut sembler incroyable que la violence familiale augmente le risque d'avoir des maladies comme le cancer et l'arthrite, et que différents types de mauvais traitements pendant l'enfance peuvent influencer la santé de la même façon^{32,61,160}. Les chercheurs croient qu'il en est ainsi parce que les différents types de violence familiale sont tous stressants et augmentent le risque de comportements malsains et plus risqués :

- **Violence familiale en tant que stressor chronique :** La violence familiale est stressante. Le stress chronique, en particulier tôt dans la vie, peut être à l'origine d'un mauvais état de santé^{43,129,161-199}. De nombreuses théories expliquent pourquoi cela se produit.

FIGURE 7 :
RÉPRÉSENTATION SIMPLIFIÉE DES RÉPERCUSSIONS DE LA
VIOLENCE FAMILIALE SUR LA SANTÉ^{26, 32-71, 127, 128, 131, 132, 147-159}



Des exemples des effets de stress chronique comprennent les changements dans le fonctionnement du système immunitaire et de la façon dont les cellules du corps se divisent^{129,162,165,200-203}. Cela peut expliquer pourquoi la violence familiale peut augmenter le risque d'avoir des maladies comme des maladies cardiaques ou de la démence¹²⁹.

- **Violence familiale et comportement risqué :** La violence familiale peut mener à des comportements malsains et risqués comme une consommation importante d'alcool, la consommation de drogue, le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires et les comportements sexuels non sécuritaires^{60,204-211}. Ces comportements augmentent le risque de contracter une vaste gamme de maladies et d'affections. Par exemple, notons les infections transmissibles sexuellement par les pratiques sexuelles non sécuritaires et les maladies du foie attribuables à une grande consommation d'alcool^{60,206}.

Santé mentale : La violence familiale entraîne aussi d'importantes répercussions sur la santé mentale^{60,73,74,149,206,212}. Les mauvais traitements pendant l'enfance et la violence du partenaire intime sont plus susceptibles d'augmenter le risque de dépression, d'anxiété et de trouble de stress post traumatique que le risque d'autres maladies et affections^{60,73,149}. Les mauvais traitements pendant l'enfance augmentent le risque de problèmes de santé mentale à tous âges et pour tous les types de mauvais traitements¹³¹. Ils augmentent aussi le risque d'émergence de comportements problématiques et délinquants comme la violence, l'agression ou d'autres types de comportements antisociaux, surtout chez les garçons^{58,213-215}.

Stigmatisation : La violence familiale peut mener à de la stigmatisation et à de la discrimination, y compris à des idées fausses voulant que les victimes soient piégées, passives, sans espoir, déprimées, faibles ou responsables d'être une victime.²²⁹⁻²³³ Le risque de faire l'objet de stigmatisation et de discrimination peut faire en sorte que ces personnes sont réticentes à demander de l'aide.²³⁴

Autres types d'impacts

La violence familiale peut avoir une incidence sur les relations et les vies des personnes à l'école et au travail.

Relations sociales : La violence familiale peut avoir une incidence sur les relations et les amitiés. Les mauvais traitements pendant l'enfance peuvent exercer une influence sur la capacité des personnes d'établir des relations saines et augmente le risque de vivre ou d'être responsable de violence perpétrée par le partenaire intime. Il en est peut-être ainsi parce que la violence augmente le risque de problème de gestion des émotions et du stress, ainsi que de piètres habiletés sociales et d'une plus faible estime de soi^{151,213,217-226}. Les personnes exposées à des mauvais traitements pendant l'enfance ou à des pratiques parentales sévères ont de la difficulté à assumer leur rôle de parent pour leurs propres enfants, ce qui peut entraîner des répercussions sur la santé et le mieux-être de ces enfants²²⁷. Les femmes qui vivent de la violence d'un partenaire intime peuvent être isolées sur le plan social. Elles sont aussi plus susceptibles d'avoir des difficultés dans leurs relations familiales et sociales^{149,228}.

École : Les mauvais traitements pendant l'enfance peuvent être à l'origine d'un piètre rendement scolaire et de problèmes à l'école. En effet, ces mauvais traitements influent sur l'apprentissage, la mémoire, la capacité à résoudre des problèmes, l'attention et les émotions^{129,213,235-241}. Cela peut mener à des risques accrus de problèmes financiers et de chômage à l'âge adulte²⁴².

Travail : Au Canada, plus de 50 % des personnes qui ont vécu de la violence d'un partenaire intime ont affirmé que celle-ci est également survenue au travail ou à proximité de celui-ci. Les femmes sont plus susceptibles de vivre ce type de situation que les hommes^{243,244}. Les personnes qui vivent de la violence entre partenaires intimes peuvent souvent manquer des jours de travail ou s'y présenter en retard, être moins productives et avoir de la difficulté à se concentrer au travail ou à conserver un emploi²⁴⁴⁻²⁴⁸. Le fait d'avoir un emploi et d'être indépendant sur le plan financier peut être important pour que ces personnes puissent mettre fin à une relation violente ou abusive²⁴⁹. Les collègues de travail peuvent aussi être touchés par les personnes qui vivent de la violence entre partenaires, souvent parce qu'ils deviennent stressés ou préoccupés de la situation²⁴⁴.

Facteurs qui influent sur les impacts de la violence familiale sur la santé

Les personnes ne sont pas toutes à risque égal d'avoir un mauvais état de santé en raison de la violence familiale²⁵⁰. Les paragraphes ci-dessous décrivent quelques exemples de facteurs qui exercent une influence sur ce risque :

Résilience : La résilience est lorsqu'une personne est capable de s'adapter à une expérience négative ou à une situation stressante, ou de s'en remettre, avec peu d'effets sur sa santé^{250,251}. Bien que la violence familiale mine la santé de bon nombre des personnes qui en font l'objet, certains autres sont résilients^{87,151-154,252-255}. Les chercheurs se sont demandé pourquoi ils étaient résilients et de quelle façon cela pourrait empêcher la violence familiale de mener à un mauvais état de santé²⁵⁶.

Génétiques et épigénétiques : Les chercheurs ont constaté que la composition génétique (le génotype) d'une personne peut accroître le risque que les mauvais traitements pendant l'enfance entraînent une dépression à l'âge adulte ou des problèmes de comportement pendant l'adolescence²⁵⁷⁻²⁵⁹. D'autres génotypes réduiraient le risque que les mauvais traitements pendant l'enfance affectent la santé^{260,261}. L'épigénétique peut aussi jouer un rôle^{129,258,262-269}. Les expériences stressantes pendant l'enfance pourraient exercer une influence sur la façon dont les gènes sont activés et exprimés, ce qui peut entraîner un mauvais état de santé ultérieurement dans la vie¹²⁹.

Qu'est-ce que l'épigénétique?

L'épigénétique est l'étude de l'adaptation de la biologie humaine à un environnement en évolution en altérant l'expression et l'activation des gènes. Ces changements peuvent être transmis d'une génération à l'autre.²⁷⁰

Fréquence et gravité des mauvais traitements :

Certaines données probantes montrent que plus une personne vit des types de mauvais traitement ou plus graves ou plus fréquents sont-ils, plus élevé est le risque que les mauvais traitements pendant l'enfance entraînent un mauvais état de santé^{26,50,60,73,75-77,203,271,272}.

D'autres événements stressants ou négatifs vécus tôt dans la vie peuvent accentuer cet effet^{78,79}. Il existe une tendance analogue pour ce qui est de la violence entre partenaires intimes. Plus les mauvais traitements sont graves ou plus fréquents, plus il est probable que la violence entre partenaires intimes entraîne des problèmes de santé mentale⁷⁴.

Comprendre l'adversité précoce : Les mauvais traitements pendant l'enfance ne sont pas la seule forme de stress ou d'adversité précoce qui peut entraîner des répercussions sur la santé.²⁷³ Les études d'Adverse Childhood Experiences (en anglais seulement) ont permis de démontrer la corrélation entre les expériences négatives précoces et les effets sur la santé à l'âge adulte.²⁷³⁻²⁷⁸

Âge : Quant à savoir si les mauvais traitements pendant l'enfance entraîneront des répercussions sur la santé plus tard dans la vie, tout dépend de l'âge auquel la négligence ou les mauvais traitements sont vécus^{148,223,228,235,236}. Dans certains cas, plus les mauvais traitements surviennent tôt pendant l'enfance, plus ils sont susceptibles d'entraîner des problèmes de santé mentale²³⁷.

Sexe : Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de vivre des séquelles des mauvais traitements pendant l'enfance et de la violence entre partenaires intimes^{10,26,32,73,74,80,87,279,280}. En 2014, une enquête auprès de la population canadienne a révélé que dans les cinq années précédentes¹⁰.

- 40 % des femmes et 24 % des hommes avaient affirmé avoir eu des blessures physiques à la suite d'épisodes de violence conjugale.
- 22 % des femmes et 9 % des hommes ayant été victimes de violence conjugale avaient affirmé avoir ressenti des effets s'apparentant à ceux du syndrome de stress post-traumatique.

Les femmes sont aussi plus susceptibles que les hommes d'être touchées sur le plan émotionnel et de vivre de la peur à la suite d'épisodes de violence entre partenaires intimes^{4,10,281-283}.



INFLUENCE SUR LE RISQUE DE VIOLENCE FAMILIALE

Aucun facteur unique ne peut prédire avec exactitude quand ou comment surviendra la violence familiale, et qui en sera victime. Les raisons à l'origine de la violence familiale sont un amalgame de facteurs individuels, familiaux, sociaux, communautaires et sociétaux (voir figure 8).^{p. ex., 44,87-89} L'interaction entre ces facteurs est complexe.^{44,87,89} La recherche qui vise à comprendre cette complexité est toujours en évolution.

La présente section décrit les facteurs qui exercent une influence sur le risque de vivre et de perpétrer de la violence familiale.

Facteurs individuels

Voici les exemples de facteurs qui augmentent le risque de violence familiale^{4,10,11,27,44,68,74,81,87,92,93,151, 254,286,293-297} :

- Un historique de mauvais traitements ou de négligence pendant l'enfance
- L'âge
- Le sexe
- Les traits, les croyances et les comportements
- La santé mentale et physique
- La toxicomanie
- Le stress

Bon nombre des mêmes facteurs augmentent le risque de faire l'objet de mauvais traitement ou de violence, et d'être une victime de violence familiale^{4,10,11,44,68,73,74,81,87,92,93,151,286,293-339}. On ne comprend pas clairement pourquoi il en est ainsi, mais il pourrait être important de le comprendre pour prévenir la violence familiale et ses répercussions. Certains facteurs augmentent le risque de violence familiale chez certaines personnes et non chez d'autres. Par exemple :

- En 2014, les Autochtones étaient plus susceptibles d'être victimes d'un crime violent, y compris de violence familiale, que le peuple non autochtones. En ce qui concerne les femmes autochtones, mais non les hommes, l'identification en tant qu'Autochtone augmente ce risque. Chez les hommes autochtones, d'autres facteurs comme les mauvais traitements pendant l'enfance, le désordre social dans les collectivités et les quartiers, l'itinérance, la consommation de drogues ou le mauvais état de santé mentale sont

autant de facteurs qui ont augmenté le risque d'être victime d'un crime violent⁷².

- Aux États-Unis, certains groupes ethniques présentent des taux plus élevés de violence entre partenaires intimes. Dans certains cas, des facteurs liés à l'ethnicité (p. ex. âge, situation de famille, revenu) et non l'ethnicité elle-même étaient liés à ces taux plus élevés^{73,87}.
- Les problèmes de consommation d'alcool comme la consommation abusive augmenteraient le risque de violence familiale, mais cela pourrait être attribuable au fait que la consommation excessive d'alcool et la violence familiale présentent de nombreux autres facteurs communs^{4,87,324,333}. Cela peut aussi dépendre du contexte de la consommation (p. ex. occasions de consommation, personne qui consomme)³⁴⁰.

Pourquoi survient la violence familiale?

Il est important de comprendre pourquoi survient la violence familiale pour la prévenir. Il existe de nombreuses théories sur la violence familiale, mais aucune ne peut l'expliquer entièrement.^{44,284-290} Pour l'heure, les théories qui avancent que la violence familiale est le résultat d'interactions entre des facteurs individuels, familiaux, sociaux et communautaires sont celles qui réussissent le mieux à prédire les raisons à l'origine de la violence familiale^{87,88,285,291,292}.

FIGURE 8 : DE NOMBREUX FACTEURS CONTRIBUENT AU RISQUE DE VIOLENCE FAMILIALE.

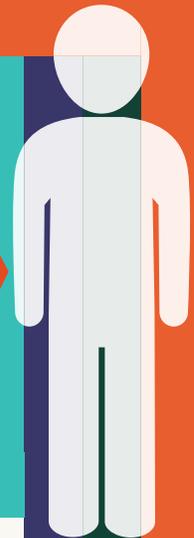
QUI NOUS SOMMES

**CHACUN A UN VÉCU ET UNE
EXPÉRIENCE QUI EST DIFFÉRENT.**

LA GÉNÉTIQUE
LE GENRE
LA BIOLOGIE



LA BIOLOGIE
L'ÂGE
LES EXPÉRIENCES DE VIE
LA SANTÉ



LE FONCTIONNEMENT DES RELATIONS

**CHACUN A UN MODÈLE
DE RELATIONS DIFFÉRENT.**

- La qualité de la relation
- La résolution des conflits
- Le pouvoir et la contrôle
- La famille et les amis
- Le stress

L'ENDROIT ON HABITE

**CHAQUE COLLECTIVITÉ
EST UNIQUE.**

- L'offre des services et leur accès
- Les caractéristiques de la population
- La sécurité
- La pauvreté
- Les croyances et les comportements à l'égard de la violence familiale

LES CROYANCES ET ATTITUDES

**CHAQUE SOCIÉTÉ A DES
CROYANCES ET ATTITUDES
À L'ÉGARD DE LA
VIOLENCE FAMILIALE.**

- Les croyances, attitudes et comportements à l'égard de la violence et le genre
- Les lois et politiques
- La sensibilisation et les connaissances

Les trois facteurs de risque dont on discute souvent comprennent :

Violence entre partenaires intimes et fondée sur le sexe :

Les Nations Unies, par la [Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes](#) et l'[Organisation mondiale de la Santé](#), déclarent que la violence faite aux femmes est un problème de santé publique mondial majeur et une violation des droits de la personne qui se produit parce que les femmes sont des femmes. Il s'agit d'un acte de violence fondé sur le sexe qui augmente le risque de souffrance ou de lésion chez les femmes qui la vivent. Les femmes sont plus susceptibles de vivre de la violence sexuelle et des cas plus graves de violence entre partenaires intimes, et les hommes sont plus susceptibles d'en être responsables^{280,328,341,342}. En ce qui concerne les formes de violence moins graves entre partenaires intimes, il est plus difficile de déterminer s'il existe ou non des différences entre les sexes^{10,73,280,341,342}. Actuellement, les discussions dans le milieu de la recherche sont abondantes sur cette problématique^{10,12-14,87,298,306,328,342-345}.

Historique de négligence ou de mauvais traitements pendant l'enfance :

Bon nombre des personnes qui sont victimes de mauvais traitements ou de négligence pendant l'enfance n'expérimentent pas de mauvais traitements ni ne deviennent violents plus tard dans la vie. Pour certaines, le risque est accru^{p. ex., 87,271,284-286,292,295,296,346}. On ne sait pas pourquoi certaines personnes qui vivent des mauvais traitements ou de la négligence sont à risque plus élevé alors que d'autres ne le sont pas.

Que signifie le risque? Les recherches prètent à penser que plus une personne présente un nombre élevé de facteurs de risque, plus elle court le risque de vivre de la violence familiale^{293,294}. En revanche, il est aussi possible qu'une personne présente tous les facteurs de risque de violence familiale et n'en vive jamais. D'autres ne présentent peu sinon aucun facteur de risque, et vivent quand même de la violence familiale.

Qu'en est-il des facteurs

socioéconomiques? On discute souvent de la violence familiale dans le contexte de la pauvreté, du faible niveau de scolarité et du chômage. Les données probantes étayant comment ces facteurs socioéconomiques exercent une influence sur le risque d'une personne relative à la violence familiale sont contradictoires ou complexes^{4,69,87,125,305,351,352}. Cela peut dépendre d'autres facteurs comme le type de mauvais traitement, la situation socioéconomique du quartier et les croyances et les attitudes à l'égard des sexes et de la violence.^{87,293,353,354}

Certaines études ont révélé ce qui suit :

- Les enfants qui vivent des types de mauvais traitements plus graves ou plus nombreux sont plus susceptibles de devenir violents plus tard dans la vie que les enfants qui ont vécu un moins grand nombre de types de mauvais traitements ou des mauvais traitements moins graves.^{44,271,292,347,348}
- Les enfants qui vivent des mauvais traitements et ont accès à des relations familiales stables et réconfortantes et sécuritaires, ou développement des relations réconfortantes à l'âge adulte semblent moins susceptibles d'être victimes ou d'être responsables de violence familiale plus tard dans la vie^{295,349,350}.

Problème de comportement à l'adolescence : Les problèmes de comportement à l'adolescence, comme le fait de devenir violent et le comportement criminel ou antisocial, sont fortement liés au fait d'infliger des mauvais traitements ou de la violence dans les relations plus tard dans la vie. Cela s'explique peut-être parce que le fait d'être violent est perçu comme un mode de comportement normal⁸⁷.

Facteurs familiaux et sociaux

Les relations sociales et familiales réunissent des personnes qui partagent des expériences et des antécédents uniques. Cela ajoute autant à la complexité de risque de violence familiale. Les paragraphes qui suivent décrivent des exemples de facteurs familiaux et sociaux qui augmentent le risque de violence familiale.

La dynamique familiale et les mauvais traitements pendant l'enfance : Plusieurs facteurs augmentent le risque de mauvais traitements chez l'enfant dans une famille, notamment les suivants^{44,68,313,355} :

- Compétences parentales et attachement parental insuffisants.
- Peu de sensibilité et de réconfort parental.
- Absence parentale, ne pas être disponible, manque d'engagement.
- Conflit familial, faible cohésion familiale.
- Litiges sur la garde de l'enfant.
- Insatisfaction à l'égard de l'enfant, attentes irréalistes, manque de compréhension des besoins de l'enfant.
- Punition physique et discipline sévère.
- Violence entre partenaires intimes (parents).

Des relations familiales solides et stables peuvent diminuer le risque de mauvais traitement pendant l'enfance ou de violence plus tard dans la vie^{68,73,87,253,310,311,357}.

Dynamiques relationnelles, violence entre partenaires intimes et mauvais traitements des personnes âgées : Il est difficile d'étudier comment les dynamiques d'une relation influencent le risque de violence familiale, car elles sont complexes. Les explications et les descriptions de ce qui se produit peuvent différer entre la personne qui est la victime et la personne qui est responsable des mauvais traitements^{1,7,345,358,359}. Bon nombre des mêmes facteurs influent sur le risque de violence entre partenaires intimes et de mauvais traitements des personnes âgées. Voici quelques exemples^{69,87,92,290,298,324,325,357,360} :

- Stress dans la relation.
- Situation de famille.
- Quantité de conflits relationnels.
- Confiance.
- Dépendance.
- Qualité de la relation.

Facteurs sociaux : Plusieurs facteurs liés aux amis et à la famille peuvent augmenter le risque de toutes les formes de violence familiale. Voici quelques exemples^{27,68,69,87,92,125,313,325,352,360}.

- Le fait d'avoir des amis qui sont violents.
- Des amitiés détachées et des relations malsaines avec d'autres membres de la famille.
- Le fait d'être isolé socialement et l'absence de soutien social.

Facteurs communautaires et sociétaux

Les personnes forment les familles et les relations qui forment les collectivités et les sociétés. Les paragraphes suivants décrivent des exemples de facteurs communautaires et sociétaux qui exercent une influence sur le risque de violence familiale.

Différences culturelles : On ne sait pas clairement comment la culture exerce une influence sur le risque de violence familiale. Certains facteurs culturels pourraient être liés à la violence familiale, notamment :

- Les croyances liées au sexe, aux enfants, aux relations et aux personnes âgées^{68,69,87,333,354,361-363}.
- L'amalgame de culture et le changement culturel^{364,365}.

Les compétences parentales peuvent être perçues comme un continuum.³⁵⁶

- De saines compétences parentales comprennent certaines formes de discipline.
- Les compétences parentales insuffisantes commencent à inclure certaines formes de gestes irresponsables.
- La négligence ou la violence émotionnelle implique des gestes qui mettent l'enfant à risque ou l'exposent à des traumatismes, ne répondent pas aux besoins de l'enfant ou sont sévères ou malveillants.

L'étude des taux nationaux de violence familiale pourrait aider à déterminer le rôle de la culture, mais il est difficile de calculer ces taux entre différents pays. Les données ne sont pas compilées de la même façon et différentes définitions sont utilisées^{84-86,351,354,367-369}. Cela limite notre capacité de comprendre de quelle façon la culture exerce une influence sur la violence familiale à l'échelle mondiale. D'une façon générale, il est probable que les taux de violence familiale au Canada soient comparables aux taux ailleurs dans le monde :

- Le taux mondial de violence physique autodéclarée pendant l'enfance serait de près de 230 par 1 000 enfants, et peu de différences ont été observées entre les continents. En Amérique du Nord, ce taux était d'environ 240 par 1 000 enfants⁸⁶.
- Le taux mondial de violence entre partenaires intimes vécue à certains moments de leur vie était de 30 % chez les femmes. Dans les pays à revenu élevé, dont le Canada, cette proportion était de 21 %⁸⁵.

Les taux de violence entre partenaires intimes à l'endroit des femmes sont plus élevés dans les pays où l'inégalité entre les sexes est plus élevée^{354,363}. Les taux de violence entre partenaires intimes visant les hommes sont plus élevés dans les pays où il y a plus d'égalité entre les sexes³⁶³. Cela signifie que les différents pays devront envisager différentes approches en matière de prévention.

Que croient les gens? En 2014, les données mondiales issues des pays en développement révèlent que plus de la moitié des adolescentes et des adolescents croient que la violence entre partenaires intimes est justifiée dans certaines conditions. Dans bon nombre de ces pays, les filles sont plus susceptibles de souscrire à cette croyance que les garçons. Un niveau de scolarité ou un revenu plus élevé était lié à une réduction de la probabilité que les adolescents entretiennent ce type de croyance.³⁶⁶

Acceptabilité sociale et normalisation de la violence :

La croyance voulant que la violence soit acceptable et un comportement normal peut augmenter le risque de mauvais traitement pendant l'enfance et de violence entre partenaires intimes^{68,69,87}. L'exposition à de la violence peut la banaliser et en faire un comportement considéré comme normal. La recherche révèle que les hommes et les femmes qui se montrent violents ou infligent de mauvais traitements ont tendance à penser que la violence est un comportement normal. Ils ont aussi tendance à en minimiser les répercussions^{370,371}. Les personnes qui vivent de la violence familiale peuvent aussi la percevoir comme un comportement normal ou comme une expression d'amour de la part du partenaire violent^{1,69,372,373}.

Voisinage : De nombreuses caractéristiques du voisinage peuvent influencer sur le risque qu'une famille vive de la violence familiale. Voici quelques exemples de ces caractéristiques^{4,68,69,87,374-379} :

- manque de services (p. ex. juridique, santé);
- manque de volonté d'intervenir par les membres de la collectivité;
- manque de lien et de soutien à l'échelle communautaire, et de contrôle du comportement;
- désordre social (p. ex. voisinage bruyant, vandalisme, personne utilisant ou vendant des drogues, prostitution);
- quartier défavorisé (p. ex. pauvreté).
- instabilité (p. ex. déménagements fréquents);
- exposition à de la violence dans le voisinage, ou inquiétude à cet égard; et,
- le nombre de magasins du quartier qui vendent de l'alcool.



PERSPECTIVE AXÉE SUR LE PARCOURS DE VIE

La présente section décrit la violence familiale pendant la vie en examinant la complexité liée aux mauvais traitements pendant l'enfance, à la violence entre partenaires intimes et aux mauvais traitements des personnes âgées. La perspective axée sur le parcours de vie examine de quelle façon les expériences peuvent s'accumuler et interagir pendant la vie^{351,380,381}. Elle soutient l'idée voulant que les personnes peuvent s'adapter et changer, et qu'il est possible de prévenir, de « renverser » ou de réduire les effets des expériences négatives et stressantes, comme la violence familiale^{264,382,383}.

Il est important de comprendre de quelle façon les personnes et leurs familles changent et évoluent au cours d'une vie pour comprendre la violence familiale. Actuellement, les connaissances sur la violence familiale au cours de la vie sont fragmentées. La recherche est souvent axée sur les mauvais traitements pendant l'enfance, la violence entre partenaires intimes et le mauvais traitement des aînés et les traite comme des sujets distincts. D'autres formes de violence familiale, comme les adolescents qui violentent des parents ou la violence entre les frères et soeurs sont également courantes, mais moins reconnues et étudiées^{264,382,383}.

Violence familiale et perspective de vie : Certaines données probantes donnent à penser que les répercussions de la violence familiale s'accumulent au cours de la vie. Par exemple, les femmes qui vivent de la violence entre partenaires intimes étaient plus susceptibles de devenir déprimées si elles avaient aussi vécu des mauvais traitements pendant l'enfance.³⁸⁴

Mauvais traitements pendant l'enfance

Les données des services de police et de protection de l'enfance révèlent que les parents sont les auteurs les plus susceptibles d'être responsables des cas de violence familiale touchant des enfants déclarés aux autorités (voir figure 9)¹⁰.

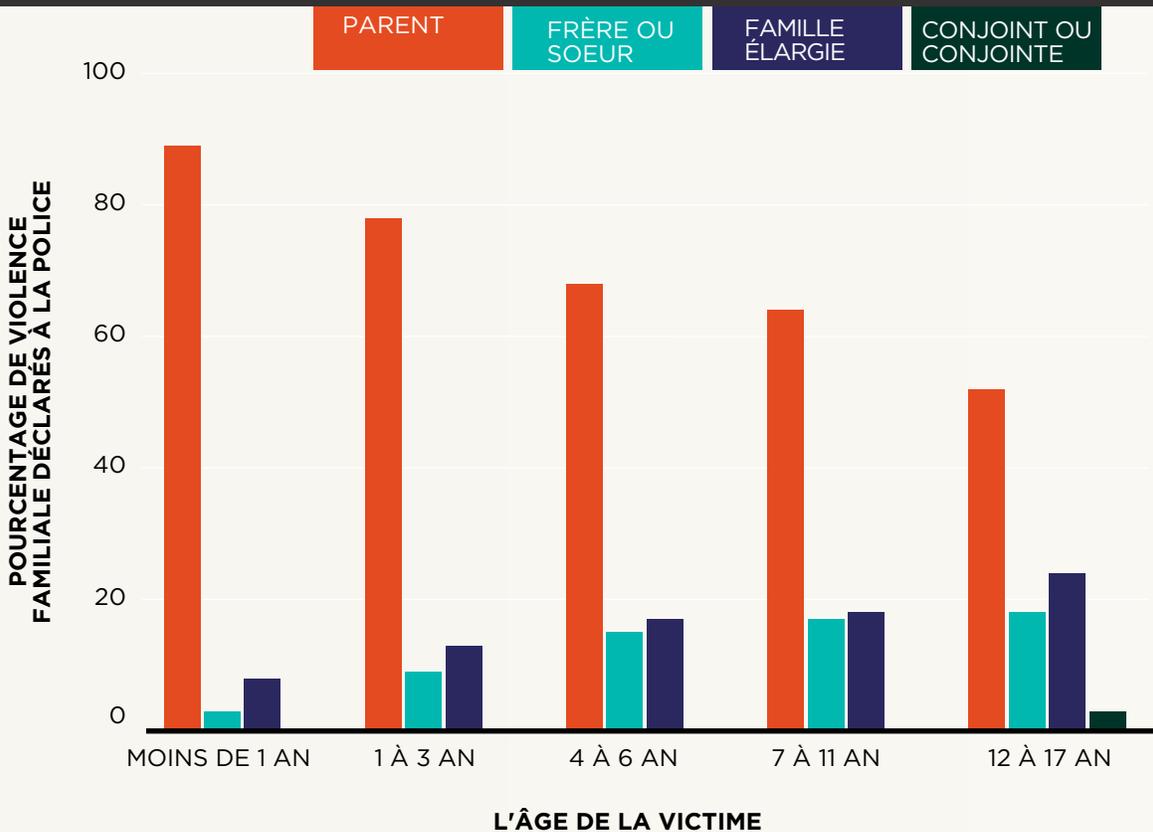
Mauvais traitements pendant l'enfance, après l'adolescence : Bon nombre d'enquêtes sur les mauvais traitements infligés aux enfants s'enquière des expériences vécues avant l'âge de 15 ou de 16 ans^{10,26}. Les mauvais traitements infligés par les parents ne cessent pas toujours une fois que les enfants atteignent la fin de l'adolescence ou l'âge adulte. Une enquête démographique récente a révélé qu'un petit nombre Canadiens âgés de 55 ans et plus étaient victimes de mauvais traitements de la part de leurs parents²⁷.

Il convient donc de ne pas se limiter à l'enfance lorsque l'on examine la question du mauvais traitement infligé à des enfants par leurs parents.

Changements dans les familles au fil du temps : Les familles peuvent changer avec le temps et les enfants peuvent être élevés dans une diversité de situations, dont certaines peuvent augmenter le risque de mauvais traitements pendant l'enfance. Voici quelques exemples :

- Les ménages reconstitués (p. ex. les ménages avec un second conjoint du père veuf ou de la mère veuve) présentant de nombreux problèmes familiaux peuvent avoir un risque accru d'être caractérisés par des situations de mauvais traitement de l'enfant³⁸⁵⁻³⁸⁷.
- Les expériences familiales négatives comme le divorce augmentent les risques que les mauvais traitements infligés à l'enfant entraînent des problèmes de santé mentale^{388,389}.

FIGURE 9 :
LIEN AVEC LA VICTIME DANS LES CAS DE VIOLENCE FAMILIALE SIGNALÉS À LA POLICE, 2014¹⁰.



Notes sur les données : Parents — comprend les parents biologiques ou adoptifs, les beaux-parents et les parents en famille d'accueil. Frère ou sœur — comprend les frères et sœurs biologiques, les demi-frères et demi-sœurs, ainsi que les frères et sœurs par alliance, par adoption ou en famille d'accueil. Famille élargie — comprend tous les autres membres de la famille liés à la victime par le sang, par mariage ou par adoption; Conjoints ou conjointes — comprend les conjoints mariés et les conjoints de fait actuels et antérieurs.

Dans certains cas, la violence familiale peut se produire après une séparation ou un divorce. Les partenaires qui sont violents peuvent aussi utiliser l'accès aux enfants comme une forme de contrôle ou de punition contre l'autre parent. Lorsqu'un enfant est retiré d'un milieu violent à la suite d'une séparation ou d'un divorce, ce retrait peut mettre fin au mauvais traitement infligé à l'enfant³⁹⁰.

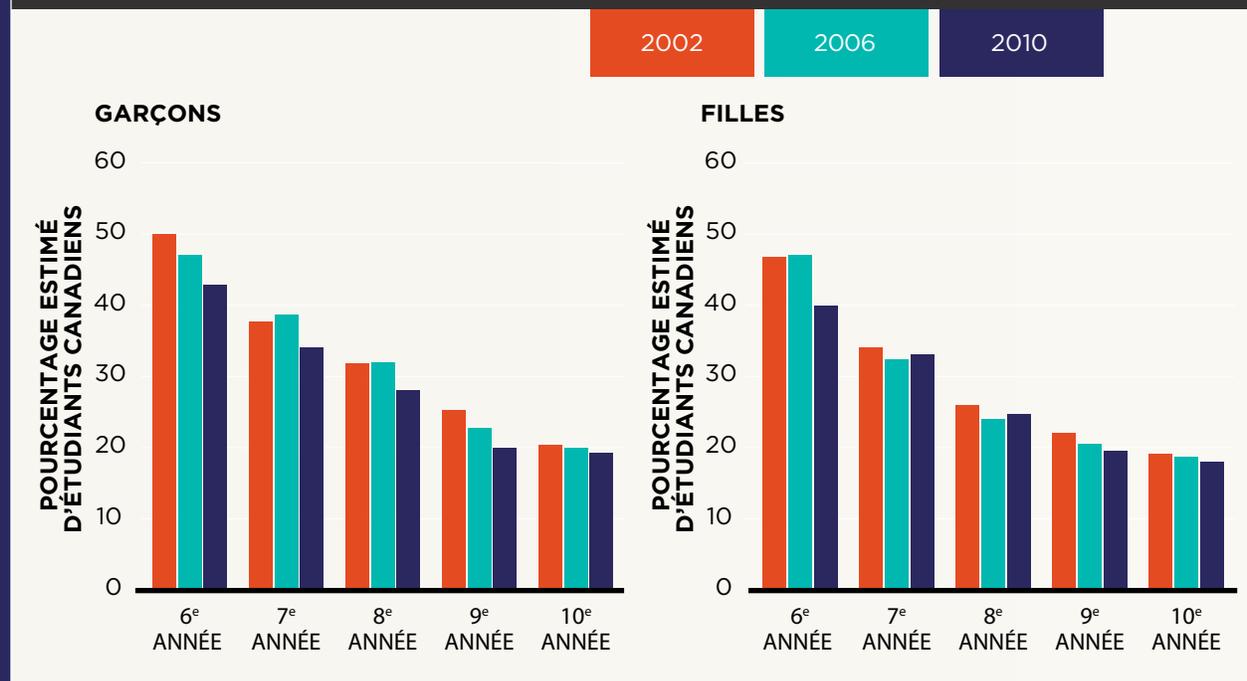
Les frères et sœurs : Un frère ou sœur peut être considérée comme une source de soutien clé qui se maintient à l'âge adulte³⁹¹⁻³⁹⁵. La violence entre frères et sœurs est souvent une forme de violence familiale négligée. Elle peut être perçue comme un comportement normal entre frères et sœurs, même par les frères et sœurs eux-mêmes^{391,394}. À l'instar d'autres formes de violence familiale, elle peut influencer sur le comportement et la santé³⁹¹⁻³⁹⁵.

Violence envers les parents : La violence envers les parents par les adolescents est différente des autres formes de violence familiale parce que les parents continuent de jouer un rôle parental et d'exercer le pouvoir (p. ex. le salaire des parents soutient la famille). Le mauvais traitement des parents peut entraîner des répercussions sur la santé et créer des tensions à l'intérieur de la famille³⁹⁸. Le fait d'avoir vécu des mauvais traitements pendant l'enfance ou d'avoir été témoins de violence dans les relations parentales peut augmenter le risque que les adolescents infligent de mauvais traitements à leurs parents. Le mauvais comportement, le faible lien avec les parents et certaines pratiques parentales sont des exemples d'autres facteurs de risque³⁹⁸⁻⁴⁰⁰.

Enfants autochtones : La moyenne d'âge au sein des peuples autochtones est plus jeune que dans les populations non autochtones. Certains enfants autochtones évoluent dans un contexte différent de celui des autres enfants où ils peuvent être marqués par des inégalités telles qu'un accès réduit aux services de santé et de soutien, des taux élevés de pauvreté, une espérance de vie plus courte et des taux de maladie plus élevés.³⁹⁶ Ces inégalités s'inscrivent dans un contexte plus vaste qui comprend la marginalisation, la discrimination et des facteurs sociaux, économiques, politiques et historiques.^{396,397}

Relations saines chez les jeunes Canadiens : La majorité des jeunes Canadiens affirment entretenir de bonnes relations à la maison. Cette tendance est toutefois moins présente chez les filles (voir la figure 10). À mesure que les jeunes vieillissent, leurs relations avec leurs parents ont tendance à se dégrader (voir la figure 10). Les jeunes ayant de très bonnes relations avec leur famille et leurs amis ainsi qu'un sentiment d'attachement et d'appartenance à leur école et à leur quartier avaient davantage tendance à se dire en bonne santé que ceux dont les relations étaient plus tendues. Les jeunes au Canada sont moins susceptibles que par le passé d'indiquer avoir des relations de grande qualité avec leurs parents (voir la figure 10)⁴⁰¹.

FIGURE 10 :
PROPORTION DES ÉLÈVES AYANT INDiqué AVOIR DES
RELATIONS DE GRANDE QUALITÉ AVEC LEURS PARENTS,
2002, 2006, 2010⁴⁰¹.



Violence entre partenaires intimes

En 2014, les données des services de police ont révélé ce qui suit¹⁰ :

- Les femmes étaient plus susceptibles d'être victimes d'un crime violent perpétré par un membre de la famille que par une personne à l'extérieur de leur famille.
- Les hommes étaient plus susceptibles d'être victimes d'un crime violent perpétré par une personne à l'extérieur de leur famille que par un membre de la famille.

Le membre de la famille le plus susceptible d'être responsable de la violence entre partenaires intimes diffère aussi selon qu'il s'agisse des hommes et des femmes (voir Figure 11)¹⁰.

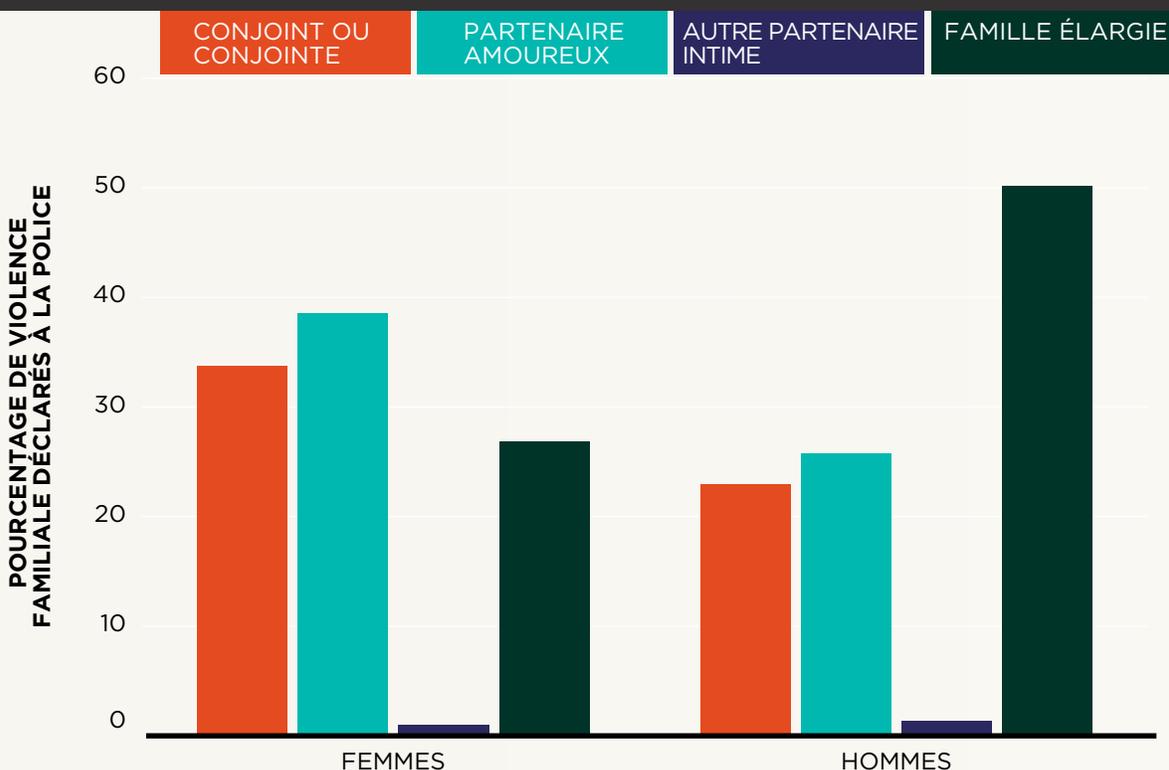
Violence dans les fréquentations : En 2014, 15 % des incidents de crimes violents signalés à la police avaient été perpétrés par un partenaire amoureux. Dans presque 80 % de ces incidents, les femmes étaient les victimes¹⁰. La violence dans les fréquentations est une préoccupation pour les adolescents, car l'adolescence est une

période importante pour acquérir de bonnes habitudes et compétences en matière relationnelle⁴⁰². Les facteurs de risque de violence dans les fréquentations sont pour la plupart semblables aux facteurs de risque de violence conjugale. Les amis et les parents peuvent jouer un rôle important au chapitre de la violence entre les partenaires amoureux^{87,403}. Par exemple⁸⁷ :

- une bonne relation avec les parents peut diminuer le risque que des adolescents vivent de la violence dans les fréquentations;
- le fait d'avoir des amis qui sont violents peut augmenter le risque que les adolescents infligent des mauvais traitements ou se montrent violents à l'endroit des partenaires amoureux, ou d'être victimes de violence ou de mauvais traitement par un partenaire amoureux.

Grossesse : Pour de nombreuses femmes qui vivent de la violence entre partenaires intimes, cette forme de violence cesse ou diminue pendant la grossesse. Les données de l'enquête de 2006-2007 montrent qu'environ 1,4 % des Canadiennes ont affirmé avoir vécu de la violence entre

FIGURE 11 :
LIEN AVEC LA VICTIME DANS LES CAS DE VIOLENCE FAMILIALE SIGNALÉE À LA POLICE, 2014¹⁰.



Notes sur les données : Données compilées auprès des Canadiens âgés de 15 à 89 ans. Les conjoints et les partenaires amoureux incluent les partenaires actuels et antérieurs.

partenaires intimes pendant la grossesse^{407,408}. La violence entre partenaires intimes pendant la grossesse met à risque la femme enceinte et le fœtus. Les problèmes peuvent comprendre un faible poids à la naissance, un accouchement prématuré, de mauvais soins prénataux, une mauvaise nutrition maternelle, un gain de poids inadéquat, des comportements à risque et une dépression postpartum⁴⁰⁹⁻⁴¹².

La violence bilatérale : La violence bilatérale est un concept controversé. Les spécialistes ne s'entendent pas sur ses caractéristiques^{12-14,306,345,413}. La violence bilatérale survient lorsque les partenaires d'une relation sont violents ou se maltraitent l'un l'autre. Il est difficile de comprendre cette problématique. Les données sur la violence entre partenaires intimes ne sont pas toujours compilées, car les relations difficiles peuvent être complexes et dynamiques^{87,345,414}. Les données peuvent aussi couvrir un vaste éventail de comportements, du conflit malsain (parfois appelé la violence commune dans le couple) dans une relation à des mauvais traitements physiques et psychologiques graves (parfois appelés terrorisme intime)^{342,415}.

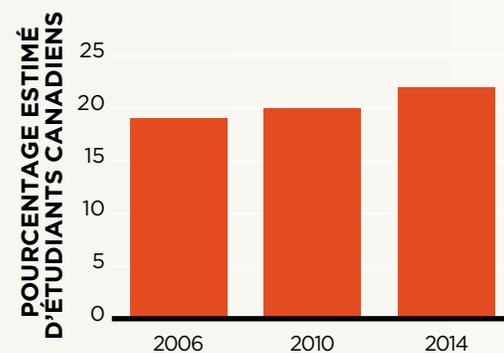
La violence bilatérale est plus répandue qu'on le croyait au départ⁴¹⁷. Elle apparaît souvent sous la forme d'un conflit malsain, et non comme un abus grave, ou des tentatives d'exercer du pouvoir ou du contrôle dans une relation^{283,309,343,344,416,417}. Il ne fait aucun doute que les cas de violence entre partenaires intimes graves et fréquents sont plus susceptibles d'être vécus par les femmes et commis par des hommes. C'est souvent unilatéral⁴¹⁷. Les femmes sont aussi plus susceptibles que les hommes d'être touchées par la violence entre partenaires intimes, même lorsque le type et la gravité de la violence vécue sont les mêmes^{279,280}.

Les hommes et les femmes sont également susceptibles les uns que les autres de vivre des formes moins graves de violence entre partenaires intimes, comme les conflits malsains^{408,417}. Les données probantes ne sont pas claires et sont contradictoires quant à savoir si ce sont les hommes ou les femmes qui sont les plus susceptibles d'amorcer la violence bilatérale. Cela peut dépendre de la gravité et du type de violence, ou de la façon dont les questions sont posées dans le cadre des enquêtes^{12-14,298,343-345}. La violence bilatérale peut avoir des répercussions sur la santé^{343,418,419}.

Qu'en est-il de l'intimidation? Être victime d'intimidation peut accroître le risque de vivre de la violence dans les fréquentations. Le fait d'être la personne qui intimide ou qui est intimidée peut accroître le risque d'être responsable de violence dans les fréquentations à l'adolescence.^{87,404-406}

Les jeunes Canadiens sont plus susceptibles de signaler avoir vécu de l'intimidation que par le passé (voir figure 12)²⁴. Les filles sont plus susceptibles d'être victimes d'intimidation que les garçons. Les garçons sont plus susceptibles d'intimider que les filles.²⁴ Les jeunes ayant un piètre soutien social et familial sont plus susceptibles de participer à l'intimidation.^{24,401}

FIGURE 12 :
POURCENTAGE
D'ÉTUDIANTS QUI
DÉCLARENT AVOIR
ÉTÉ VICTIMES
D'INTIMIDATION
AU MOINS DEUX
FOIS PAR SEMAINE²⁴.



Mauvais traitement des aînés

Les données des services de police révèlent que 4 % des victimes de violence familiale signalée à la police étaient âgées de 65 ans ou plus en 2014. Les adultes âgés de plus de 65 ans sont plus susceptibles de vivre de la violence familiale perpétrée par un enfant adulte ou un conjoint que par un autre membre de la famille (voir figure 13)¹⁰.

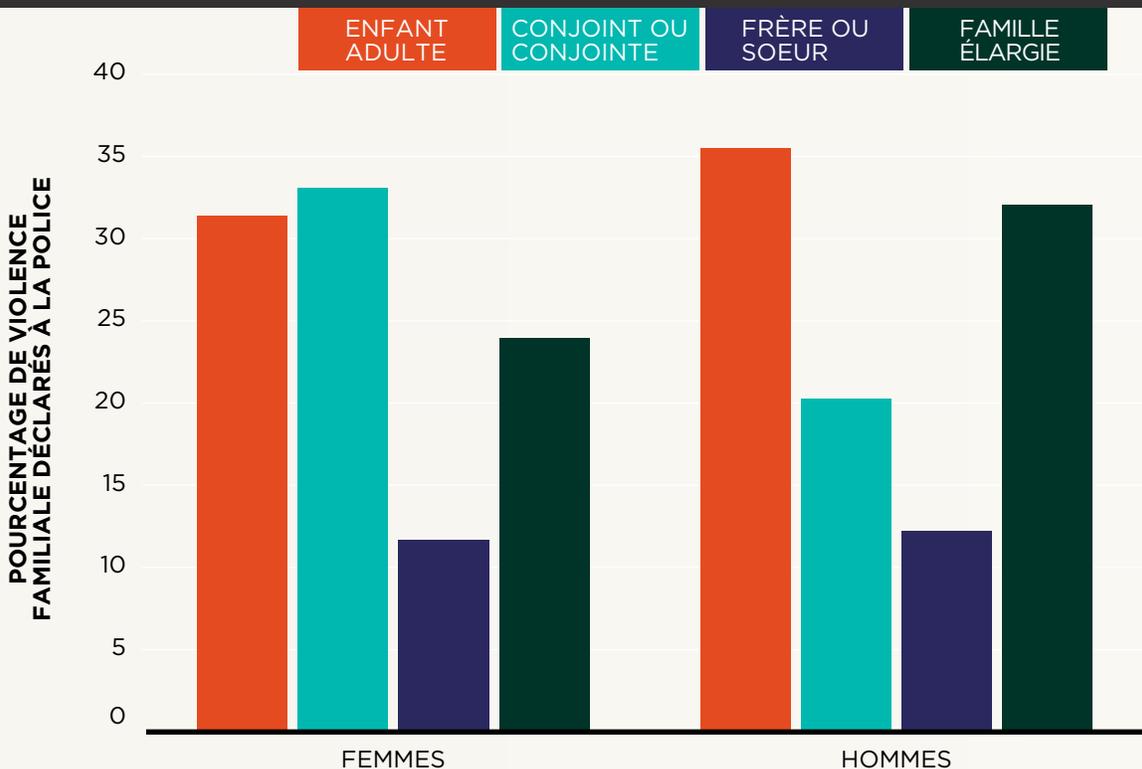
Structure familiale et sociale : Les personnes âgées peuvent avoir une structure familiale et sociale complexe. Pour certaines personnes, les soins en établissement font partie du processus de vieillissement³⁶⁰. Pour d'autres, leur réalité est de vivre avec des membres de la famille autre qu'un conjoint. La cohabitation peut accroître le risque de violence envers les aînés surtout pour ce qui est des mauvais traitements sur les plans financier et physique^{92,125,351,352}.

Fournisseurs de soins : En 2012, près de 50 % ou 13 millions de Canadiens âgés de plus de 15 ans ont affirmé qu'ils avaient, à un moment de leur vie, prodigué des soins à un membre de la famille ou à un ami atteint d'une

maladie chronique, d'une invalidité ou ayant des besoins particuliers en raison de l'âge. Parmi les fournisseurs de soins interrogés, presque tous ont affirmé bien s'adapter. Plus le nombre d'heures consacré à fournir des soins était élevé, moins ils étaient susceptibles d'affirmer qu'ils s'adaptaient à la situation. Près de 30 % ont affirmé que le fait de donner des soins était stressant et près de 20 % ont affirmé que ces responsabilités avaient entraîné des répercussions sur leur santé⁴²¹.

La population canadienne vieillit : En 2013, 15 % de la population canadienne était âgée de plus de 65 ans. D'ici 2030, on s'attend à ce que ce taux passe de 22 % à 24 %.⁴²⁰ Une population vieillissante signifie aussi une augmentation de la probabilité des cas de mauvais traitement des personnes âgées.³⁶⁰

FIGURE 13 :
LIEN AVEC LA VICTIME DANS LES CAS DE VIOLENCE FAMILIALE SIGNALÉS À LA POLICE, 2014¹⁰.



Notes sur les données : Données compilées auprès des Canadiens âgés de 65 à 89 ans. Enfant adulte – comprend les enfants biologiques et adoptés, les beaux-fils, les belles filles et les enfants en famille d'accueil. Conjoints – comprend les conjoints mariés et les conjoints de fait actuels et antérieurs. Frère ou sœur – comprend les frères et sœurs biologiques, les demi-frères et demi-sœurs, ainsi que les frères et sœurs par alliance, par adoption ou en famille d'accueil; Famille élargie – comprend tous les autres membres de la famille liés à la victime par le sang, par mariage ou par adoption.



PRÉVENTION DE LA VIOLENCE FAMILIALE

La violence familiale est complexe; il n'est donc pas surprenant que les interventions permettant de la prévenir efficacement soient peu nombreuses.^{256,367,422-424} La présente section est axée sur la [prévention primaire](#) et donne un aperçu des approches qui ont été utilisées pour prévenir la violence familiale au sein de la société et des communautés, dans les familles, dans les relations et pour les populations à risque.

Élaboration et application des lois et des politiques

La façon dont les lois exercent une influence sur le taux de violence familiale peut être complexe et l'on ne peut établir clairement si elles réussissent à la prévenir.^{69,425-430} Les données probantes provenant des pays où les revenus sont faibles et moyens montrent que les lois seules ne semblent pas prévenir la violence familiale. L'application efficace de ces lois et la création d'attitudes sociétales qui contribuent à mettre fin à la violence familiale sont aussi des interventions requises⁴³¹.

Que se passe-t-il au Canada? Le Canada dispose d'un solide système judiciaire qui fait en sorte que plusieurs formes de violence familiale sont illégales. Le Code criminel décrit ce qui constitue les [crimes violents](#). La [violence familiale](#) n'est pas traitée par des lois précises, mais elle est couverte par diverses infractions criminelles prévues dans le Code criminel. La plupart des formes de punitions physiques sont également des crimes au Canada⁴³²⁻⁴³⁴.

Plusieurs autres lois et politiques traitent de la violence familiale. Par exemple, le Code criminel renferme également des dispositions qui protègent les victimes après la perpétration de l'infraction. Plusieurs provinces et territoires disposent de lois qui ciblent précisément la violence familiale et la protection des enfants⁴³⁵. Le Canada dispose également de lois relatives au signalement obligatoire, mais on ne peut établir clairement si elles contribuent de manière efficace à prévenir la violence familiale⁴³⁶⁻⁴³⁸.

Élaboration de stratégies, de cadres et d'initiatives

Les stratégies, les cadres et les initiatives visent à fournir des exemples de pratiques efficaces, mesurées et prometteuses que les programmes peuvent utiliser pour prévenir la violence familiale. Cependant, on ne peut déterminer clairement si ces stratégies, ces cadres et ces initiatives, dans l'ensemble, contribuent à prévenir la violence familiale^{68,439}.

Que se passe-t-il? L'[Organisation mondiale de la Santé](#) (OMS) a déterminé que la [violence](#) constituait un enjeu mondial important. Son [Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde](#) présente un aperçu de l'ensemble des approches juridiques, politiques, en matière de programmes et autres entreprises par les pays participants. L'OMS a aussi élaboré plusieurs [publications](#) (en anglais seulement) traitant de la prévention de la violence. En collaboration avec de nombreux partenaires, l'OMS a récemment publié une [ressource](#) qui décrit sept stratégies pour prévenir ou réduire la violence faite aux enfants.

En 2014, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une [résolution](#) sur le renforcement du rôle des systèmes de santé pour lutter contre la violence, en particulier la violence faite aux femmes et aux enfants. Un plan d'action mondiale a été élaboré et une [résolution](#) de la 69^e assemblée mondiale de la santé, en 2016, appuyait sa mise en œuvre.

Les Nations Unies ont inclus, dans leurs [objectifs de développement durable](#) (en anglais seulement) plusieurs dispositions qui traitent des enjeux liés à la violence familiale. En voici des exemples :

- l'élimination de toutes les formes de violences faites aux femmes et aux filles, y compris la traite des êtres humains, l'exploitation sexuelle et autres types d'exploitation;
- l'élimination de toutes les pratiques nuisibles comme les mariages d'enfants, précoces et forcés et l'excision.

Voici des exemples de pactes et de conventions des Nations Unies liés à la violence familiale : la [Convention relative aux droits de l'enfant](#), la [Convention relative aux droits des personnes handicapées](#), la [Déclaration universelle des droits de l'homme](#), le [Pacte international relatif aux droits civils et politiques](#), le [Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels](#), la [Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes](#) et la [Convention contre la torture](#).

L'[Initiative de lutte contre la violence familiale](#) du gouvernement du Canada est une initiative de 15 ministères fédéraux amorcée en 1988 et qui est dirigée par l'Agence de la santé publique du Canada. Dans le cadre de celle-ci, l'Agence de santé publique du Canada héberge aussi le site Web [Arrêtons la violence familiale](#). Cette initiative vise à prévenir la violence familiale, à sensibiliser le public à ses risques et à ses facteurs de protection, à collaborer entre les secteurs, à soutenir la collecte de données, la recherche et l'évaluation. Les provinces et les territoires ont aussi élaboré divers cadres et stratégies pour lutter contre la violence familiale; une liste peut être consultée [ici](#).

Impact des médias : Les médias peuvent influencer les croyances et les attitudes à l'égard de la violence familiale^{445,446}. Les médias ont tendance à rapporter les cas les plus graves et à les représenter comme des événements isolés. Les spécialistes se prononcent rarement et les cas médiatisés sont utilisés pour faire du sensationnalisme. Bien souvent, les discussions sur la violence sont caractérisées par des stéréotypes, on peut jeter le blâme sur les victimes et on cherche des excuses pour les personnes responsables de la violence⁴⁴⁵⁻⁴⁵³.

Enrichissement des connaissances et accroissement de la sensibilisation

L'objectif de l'enrichissement des connaissances et de l'accroissement de la sensibilisation est de modifier les croyances, les attitudes et les comportements. Il est ici question de changer les croyances sociétales de manière à ce que la violence familiale soit moins acceptable sur le plan social et ne soit plus perçue comme quelque chose de normal dans la vie de tous les jours.

Que se passe-t-il? Les campagnes de sensibilisation du public visent à prévenir la violence familiale en contribuant à faire connaître le problème. Il est difficile d'évaluer si ces campagnes portent leurs fruits^{439,440}. Les programmes s'adressant aux témoins visent à prévenir la violence familiale en sensibilisant davantage et en encourageant les témoins à intervenir. Certaines données probantes donnent à penser que les programmes d'intervention des témoins peuvent être efficaces. Les évaluations ont démontré qu'ils réussissaient à accroître la volonté des témoins à intervenir, mais on ne peut établir clairement s'ils contribuent à prévenir la violence⁴⁴¹⁻⁴⁴⁴.

Dans le cas de la violence entre partenaires intimes, l'activisme féministe a joué un rôle important pour influencer les politiques sur la violence faite aux femmes⁴⁵⁴. Il a aussi mis sous les projecteurs les problèmes liés aux méthodologies de recherche, comme la collecte de données et les analyses qui ne fournissent pas suffisamment de détails sur les différences entre les sexes³⁴². Il existe certaines pratiques prometteuses qui aident les hommes et les jeunes hommes à prévenir la violence faite aux femmes⁴³⁹.

Il existe des programmes scolaires qui visent à enrichir les connaissances et à accroître la sensibilisation afin de prévenir la violence. L'un des points de mire de ces programmes est la violence sexuelle. Ces programmes visent à enrichir les connaissances et à aider les enfants à développer les habiletés leur permettant de reconnaître les situations susceptibles de les exposer au risque de violence sexuelle, de les éviter et de les gérer. Ces programmes semblent prometteurs, mais il faudra compiler plus de données pour déterminer leur efficacité⁴⁵⁵. En ce qui a trait aux programmes qui visent à prévenir la violence faite aux femmes et les agressions sexuelles dans les campus postsecondaires, les évaluations n'ont pas permis de déterminer s'ils contribuaient effectivement à prévenir ces types de violence^{456,457}.

Les données de surveillance peuvent fournir des renseignements importants sur les taux, les répercussions, les risques et les facteurs de protection liés à la violence familiale. À défaut de données de qualité, il y a moins de chance que les programmes réussissent à atteindre leurs objectifs⁴⁵⁸.

La sécurité et le soutien dans les collectivités

Les quartiers qui sont unis, stables et qui offrent du soutien, et dont les membres de la collectivité sont prêts à intervenir ont tendance à afficher des taux de violence familiale inférieurs.^{87,361} Il existe cependant des lacunes dans les connaissances quant à savoir comment aborder la violence familiale à l'échelle communautaire.⁴⁵⁹ Il existe des approches qui visent à gérer les facteurs de risque de violence familiale et à améliorer la sécurité dans les collectivités, mais elles n'ont pas fait l'objet d'évaluations permettant de déterminer si elles préviennent la violence familiale.⁴⁶⁰⁻⁴⁶²

Promotion de familles et de relations saines

Le soutien et l'établissement de relations saines, en particulier en améliorant les compétences parentales et les habiletés au choix des fréquentations, semblent être l'une des méthodes les plus prometteuses pour prévenir la violence familiale.

Que se passe-t-il? Il existe de nombreux programmes qui soutiennent les parents ou font la promotion d'attitudes parentales positives; cependant, dans la plupart des cas, on ne peut pas déterminer avec certitude s'ils contribuent à prévenir la maltraitance des enfants.^{423,467-468} Voici deux exemples de programmes évalués :

- **Nurse Family Partnership** : (en anglais seulement): Élaboré aux États-Unis, ce programme de visites à domicile vise à aider les jeunes mères, les nouvelles mères et les mères socialement et économiquement défavorisées. Il a été mis sur pied pour prévenir la maltraitance des enfants et améliorer d'autres résultats en matière de santé pendant l'enfance.^{423,467} Les données probantes ont montré qu'il était efficace à long terme aux États-Unis et aux Pays-Bas, mais inefficace à court terme au Royaume-Uni.⁴⁶⁷⁻⁴⁶⁹ On procède actuellement à un essai clinique randomisé pour évaluer son efficacité au Canada.⁴⁷⁰

- **Programme pratique parentales positives** : Il s'agit d'un programme pour tous les parents, qui propose différentes méthodes pour promouvoir des compétences parentales positives. Les données probantes suggèrent que ce programme peut contribuer à réduire la maltraitance des enfants, les placements en foyer d'accueil et les hospitalisations, en plus de réduire les problèmes de comportement chez les enfants, le stress chez les parents et l'occurrence de la discipline sévère.^{440,471-475} Il s'est avéré prometteur dans plusieurs pays, mais il faudrait réaliser d'autres analyses.⁴⁷⁶⁻⁴⁷⁹

Dans l'ensemble, les programmes de prévention de la violence dans les fréquentations à l'adolescence ne semblent pas avoir été efficaces, mais certains se sont avérés prometteurs.⁴⁸⁰⁻⁴⁸⁹ Voici deux exemples de programmes évalués qui ciblent des élèves de 8^e année à la fin de l'école secondaire:

- **Safe Dates program** : (en anglais seulement): Ce programme scolaire couvre divers sujets comme la violence dans les fréquentations, les stéréotypes sexistes, les relations saines, la résolution de conflits, les habiletés de communication. Après un an, il a été constaté qu'il n'entraînait aucun effet global, mais avait réduit le nombre de cas de violence sexuelle et de violence physique, mais non les cas de violence émotionnelle chez les adolescents ayant des antécédents de violence dans les fréquentations. Il a aussi modifié les croyances à l'égard de la violence dans les fréquentations, amélioré les habiletés à la résolution de conflits et sensibilisé davantage aux services de soutien. Il pourrait également réduire d'autres formes de violence.⁴⁸⁵⁻⁴⁸⁷
- **Fourth R program** : (en anglais seulement): Élaboré au Canada, ce programme scolaire couvre des sujets comme la violence dans les fréquentations, la violence et la sexualité, les relations saines, la résolution de conflits. Il donne aussi de l'information aux parents et aux écoles. On a constaté que ce programme enrichissait les connaissances sur la violence dans les fréquentations et réduisait la violence physique, davantage pour les garçons que pour les filles.⁴⁸⁸ Il s'est aussi avéré efficace auprès des jeunes à risque.⁴⁸⁹

Qu'en est-il des frères et des sœurs?

Certaines pratiques prometteuses peuvent contribuer à réduire le conflit et l'agression entre les frères et sœurs. Elles peuvent aussi améliorer les relations avec les amis et la famille.⁴⁶³

La thérapie relationnelle ou de couple améliore les relations et peut être utile pour les couples à risque d'être aux prises avec des problèmes de violence entre partenaires intimes, même si les données probantes relatives à son efficacité sont contradictoires. Des précautions devront être prises parce que la thérapie peut exacerber la violence dans certaines situations.^{23,490,491} L'éducation aux relations vise à empêcher l'émergence des problèmes. Il a été constaté que cette approche aidait les couples à apporter les ajustements nécessaires pour exercer leur rôle parental, réduisait le comportement agressif et donnait lieu à des formes moins graves de violence dans certains cas.^{23,490-496}

Cibler les populations à risque

Les approches en matière de prévention de la violence familiale qui ciblent les populations à risque comme les femmes, les jeunes et les enfants, les personnes âgées, les collectivités autochtones, les membres de la communauté de personnes allosexuelles (lesbiennes, gais, personnes bisexuelles, transgenres, en questionnement quant à leur orientation or identité sexuelles, ou de genre non conforme) et bispirituelles ou les personnes handicapées sont peu nombreuses, n'ont pas été évaluées, devront être étudiées davantage ou les données probantes sur leur efficacité sont contradictoires.^{115,125,351,360,423,424, 439,469,497-503} Dans le cas de certaines populations, des priorités d'action ont été cernées.

- Le système de santé est considéré comme un point névralgique pour mieux repérer les familles à risque de violence familiale. Il existe certains programmes prometteurs. Par exemple, aux États-Unis, le modèle [Safe Environment for Every Kid](#) (en anglais seulement) contribuerait à prévenir ou à réduire la maltraitance des enfants dans les familles à risque élevé, mais peu dans les familles à faible risque. Ce modèle prévoit de fournir une formation permanente aux professionnels de la santé sur les facteurs de risques parentaux qui ont une incidence sur la santé des enfants.⁵¹⁷⁻⁵¹⁹

- **Femmes** : Le nombre d'approches évaluées pour tous les types de violence entre partenaires intimes (p. ex. perpétrée par des hommes ou des femmes, violence réciproque) est insuffisant.^{424,439} La prévention de la violence faite aux femmes est une priorité importante et nécessite une approche ciblée étant donné que les femmes sont plus susceptibles d'être victimes de violences et de mauvais traitements graves.³⁴²
- **Enfants et jeunes** : L'initiative [INSPIRE – Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants](#) de l'OMS décrit sept stratégies pour prévenir ou réduire la violence faite aux enfants. Ces stratégies comprennent des approches efficaces, prometteuses ou prudentes dans les domaines du droit, des normes et des valeurs, des milieux sécuritaires, du soutien aux parents et aux fournisseurs de soins, du renforcement du revenu et de la capacité économique, des services d'intervention et de soutien, de l'éducation et des aptitudes à la vie quotidienne.
- **Collectivités autochtones** : les collectivités et les spécialistes ont observé que les interventions adaptées à la culture, élaborées par ou avec des collectivités sont à la fois importantes et nécessaires.⁴⁹⁸ Il peut aussi être efficace de gérer d'autres facteurs de risque comme la disponibilité des services et l'accès à ceux-ci, le logement sécuritaire et adéquat, les préoccupations relatives au système de justice, les effets de la colonisation, les séquelles des pensionnats indiens, et le traumatisme intergénérationnel. Bon nombre de ces questions ont été soulevées dans les [Appels à l'action](#) de la [Commission de vérité et réconciliation du Canada](#).

Qu'en est-il des facteurs de risque et de protection? Il existe des programmes prometteurs qui ciblent les facteurs qui augmentent le risque de violence familiale, mais on ne sait pas entièrement s'ils contribuent efficacement à la prévenir^p. ex.,^{69,504-516}. Peu d'études ont été réalisées sur la façon dont les approches en matière de prévention peuvent cibler ces facteurs de protection^{255,256}.



MOT DE LA FIN

La violence familiale au Canada est une source de préoccupation, en particulier pour les personnes les plus à risque, soit les femmes, les filles et les femmes autochtones, mais il y a lieu d'être optimiste pour l'avenir.

La violence familiale, et son incidence au cours de la vie, est un domaine de recherche relativement nouveau. Les données probantes sur le sujet ne cessent de croître depuis les années 1970. Malgré que nous n'en saisissons pas bien les causes, les statistiques montrent que les formes graves de violence familiale diminuent au Canada, tout comme les crimes violents. Les données laissent également croire qu'il est possible de prévenir la violence familiale ou d'en inverser ou d'en atténuer l'incidence, et que certaines personnes sont résilientes à ses effets.

Le rapport soulève davantage de questions qu'il ne fournit de réponses. Pourquoi la violence est-elle dirigée vers des êtres chers, comme des enfants ou des partenaires intimes? Comment pouvons-nous remettre en question nos idées afin de trouver de nouveaux moyens de prévention? Pourquoi certaines personnes

sont plus susceptibles que d'autres d'être victimes de violence familiale? Pourquoi certaines sont résilientes à ses effets? Pourquoi la majorité des adultes qui ont été victimes de mauvais traitements dans l'enfance ne deviennent pas violents à leur tour?

Nous devons clairement approfondir notre compréhension des causes de la violence familiale et trouver les meilleures façons d'aider les familles en difficulté et de prévenir la violence dès le départ. Notre compréhension progresse au rythme de l'évolution des familles et des relations. Les nouvelles générations vivent dans un monde très différent.

Il peut être très difficile de parler de la violence familiale, mais il s'agit de la seule façon de faire de notre société un endroit où rien de moins que la sécurité et la santé de la cellule familiale pour tous et chacun ne sera accepté.



RÉFÉRENCES

Problèmes rattachés aux données sur la violence familiale

1. Chan, K. L. (2011). Gender differences in self-reports of intimate partner violence: a review. *Aggression and Violent Behavior, 16*(2), 167-175.
2. Perreault, S. (2015). La victimisation criminelle au Canada, 2014. (Statistique Canada).
3. Perreault, S. & Simpson, L. (2016) La victimisation criminelle dans les territoires, 2014. (Statistique Canada).
4. Sinha, M. (2013). Mesure de la violence faite aux femmes : tendances statistiques. (Statistique Canada).
5. Sinha, M. (2015). Tendances du signalement des incidents de victimisation criminelle à la police, 1999 à 2009. (Statistique Canada).
6. Centre canadien de la statistique juridique. (2000). La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2000. (Statistique Canada).
7. Follingstad, D. R. & Rogers, M. J. (2013). Validity concerns in the measurement of women's and men's report of intimate partner violence. *Sex Roles, 69*(3), 149-167.
8. Hovdestad, W., Campeau, A., Potter, D. & Tonmyr, L. (2015). A systematic review of childhood maltreatment assessments in population-representative surveys since 1990. *PLoS One, 10*(5), e0123366.
9. Hobbs, C. J. & Wynne, J. M. (2001). Neglect of neglect. *Current Paediatrics, 12*(2), 144-150.
10. Centre canadien de la statistique juridique. (2016). La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2014. (Statistique Canada).
11. Agence de la santé publique du Canada. (2010). Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants - 2008 : données principales. (Agence de la santé publique du Canada).
12. Winstok, Z. (2015). Critical review of Hamby's 2014 article titled Intimate partner and sexual violence research, scientific progress, scientific challenges, and gender. *Trauma, Violence, & Abuse.*
13. Hamby, S. (2015). A scientific answer to a scientific question: the gender debate on intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse.*
14. Hamby, S. (2014). Intimate partner and sexual violence research: scientific progress, scientific challenges, and gender. *Trauma, Violence, & Abuse, 15*(3), 149-158.
15. McKinney, C. M., Harris, T. R. & Caetano, R. (2009). Reliability of self-reported childhood physical abuse by adults and factors predictive of inconsistent reporting. *Violence and Victims, 24*(5), 653-668.
16. Shields, M., Hovdestad, W. & Tonmyr, L. (2015). Évaluation de la qualité de la mesure des mauvais traitements physiques durant l'enfance dans l'Enquête nationale sur la santé de la population. (Statistique Canada).
17. Havari, E. & Mazzonna, F. (2015). Can we trust older people's statements on their childhood circumstances? Evidence from SHARELIFE. *European Journal of Population, 31*(3), 233-257.
18. Hardt, J., Sidor, A., Bracko, M. & Egle, U. T. (2006). Reliability of retrospective assessments of childhood experiences in Germany. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(9).
19. Hardt, J. & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(2), 260-273.
20. Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J. & Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Medicine, 10*(5), e1001439.

Pourquoi ce rapport

21. Barr, A. B., Sutton, T. E., Simons, L. G., Wickrama, K. A. & Lorenz, F. O. (2016). Romantic relationship transitions and changes in health among rural, white young adults. *Journal of Family Psychology*.
22. Barr, A. B., Culatta, E. & Simons, R. L. (2013). Romantic relationships and health among African American young adults: linking patterns of relationship quality over time to changes in physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 54(3), 369-385.
23. Halford, W. K. & Snyder, D. K. (2012). Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education: *Behavior Therapy*, 43(1), 1-12.
24. Freeman, J., King, M. & Pickett, W. (2016). Comportements de santé des jeunes d'âge scolaire au Canada : Un accent sur les relations. (Agence de la santé publique du Canada).
25. Philips, N., Sioen, I., Michels, N., Sleddens, E. & De Henauw, S. (2014). The influence of parenting style on health related behavior of children: findings from the ChiBS study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 1-14.
26. Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K. & Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 186(9), E324-E332.
27. McDonald, L., Beaulieu, M., Goergen, T., Lowenstein, A., Thomas, C., Lombardo, A., Bergeron-Plateaued, J. & Kay, T. (2016). Into the light: national survey on the mistreatment of older Canadians 2015. (National Initiative for the Care of the Elderly).
28. Perreault, S. (2009). Victimization criminelle et santé : un profil de la victimisation chez les personnes ayant une limitation d'activité ou un autre problème de santé. (Statistique Canada).
29. Saewyc, E., Poon, C., Wang, N., Homma, Y., Smith, A. & Liebel, A. (2007). Not yet equal – the health of lesbian, gay, and bisexual youth in BC. (McCreary Centre Society).
30. Schneeberger, A. R., Dietl, M. F., Muenzenmaier, K. H., Huber, C. G. & Lang, U. E. (2014). Stressful childhood experiences and health outcomes in sexual minority populations: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(9), 1427-1445.
31. Williams, T., Connolly, J., Pepler, D. & Craig, W. (2003). Questioning and sexual minority adolescents: high school experiences of bullying, sexual harassment and physical abuse. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 22(2), 47-58.
32. Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Cheung, K., Taillieu, T., Turner, S. & Sareen, J. (2016). La maltraitance à l'égard des enfants et la santé physique à l'âge adulte. *Rapports sur la santé*, 27(3), 10-8.
33. Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J., Stein, M. B. & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*, 98(5), 946-952.
34. Afifi, T. O., Brownridge, D. A., Cox, B. J. & Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1093-1103.
35. Black, M. C. (2011). Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5), 428-439.
36. Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Rivara, F. P. & Thompson, R. S. (2007). Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *Journal of Women's Health*, 16(7), 987-997.
37. Carr, C. P., Martins, C. M., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B. & Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(12), 1007-1020.
38. Cisler, J. M., Begle, A. M. & Amstadter, A. B. (2012). Mistreatment and self-reported emotional symptoms: results from the National Elder Mistreatment Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(3), 216-230.
39. Comijs, H. C., Penninx, B. W., Knipscheer, K. P. & van Tilburg, W. (1999). Psychological distress in victims of elder mistreatment: the effects of social support and coping. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(4), P240-P245.
40. 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*.

41. Dong, X., Chen, R., Chang, E. S. & Simon, M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: a systematic review and implications for research and policy--a mini review. *Gerontology*, 59(2), 132-142.
42. Dong, X. (2005). Medical implications of elder abuse and neglect. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(2), 293-313.
43. Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A. & Krause, E. D. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(7), 955-968.
44. Etherington, N. & Baker, L. (2016). From "buzzword" to best practice: applying intersectionality to children exposed to intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*.
45. Exley, D., Morman, A. & Hyland, M. (2015). Adverse childhood experience and asthma onset: a systematic review. *European Respiratory Review*, 24(136), 299-305.
46. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
47. Fisher, B. S. & Regan, S. L. (2006). The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*, 46(2), 200-209.
48. Fulmer, T., Rodgers, R. F. & Pelger, A. (2014). Verbal mistreatment of the elderly. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26(4), 351-364.
49. Gonzalez, A., Boyle, M. H., Kyu, H. H., Georgiades, K., Duncan, L. & MacMillan, H. L. (2012). Childhood and family influences on depression, chronic physical conditions, and their comorbidity: findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Psychiatric Research*, 46(11), 1475-1482.
50. Greenfield, E. A. (2010). Child abuse as a life-course social determinant of adult health. *Maturitas*, 66(1), 51-55.
51. Hemmingsson, E., Johansson, K. & Reynisdottir, S. (2014). Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 15(11), 882-893.
52. 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).
53. Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. Ob., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lépine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tsang, A., Üstün, T. B., Assilev, S., Viana, M. C. & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385.
54. Kwako, L. E., Glass, N., Campbell, J., Melvin, K. C., Barr, T. & Gill, J. M. (2011). Traumatic brain injury in intimate partner violence: a critical review of outcomes and mechanisms. *Trauma, Violence & Abuse*, 12(3), 115-126.
55. Lang, C. M. & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: a review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence & Abuse*, 12(1), 23-37.
56. MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., Duku, E. K., Walsh, C. A., Wong, M. Y. & Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *The American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1878-1883.
57. Mason, R. & O'Rinn, S. E. (2014). Co-occurring intimate partner violence, mental health, and substance use problems: a scoping review. *Global Health Action*, 7.
58. Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C. & Russo, M. J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence*, 25(1), 53-63.
59. Murphy, K., Waa, S., Jaffer, H., Sauter, A. & Chan, A. (2013). A literature review of findings in physical elder abuse. *Canadian Association of Radiologists Journal*, 64(1), 10-14.

60. Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349.
61. Plichta, S. B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences. Policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1296-1323.
62. Sarkar, N. N. (2008). The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 28(3), 266-271.
63. Schofield, M. J. & Mishra, G. D. (2004). Three year health outcomes among older women at risk of elder abuse: women's health Australia. *Quality of Life Research*, 13(6), 1043-1052.
64. Schofield, M. J., Powers, J. R. & Loxton, D. (2013). Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: a 12-year prospective investigation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(5), 679-685.
65. Scott, K. M., Smith, D. R. & Ellis, P. M. (2010). Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults. *Archive of General Psychiatry*, 67(7), 712-719.
66. Vaughn, M. G., Salas-Wright, C. P., DeLisi, M. & Larson, M. (2015). Deliberate self-harm and the nexus of violence, victimization, and mental health problems in the United States. *Psychiatry Research*, 225(3), 588-595.
67. Widom, C. S. (2014). Long-term consequences of child maltreatment. In *Handbook of Child Maltreatment*, (pp. 225-247). [Korbin, J. E. & Krugman, R. D. (Eds.)]. (Dordrecht: Springer Science+Business Media).
68. Butchart, A., Phinney Harvey, A., Mian, M. & Furniss, T. (2006). Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données. (Organisation mondiale de la Santé).
69. Organisation mondiale de la Santé et London School of Hygiene & Tropical Medicine. (2010). Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes intervenir et produire des données. (Organisation mondiale de la Santé).
70. Wong, J. Y., Fong, D. Y., Lai, V. & Tiwari, A. (2014). Bridging intimate partner violence and the human brain: a literature review. *Trauma, Violence & Abuse*, 15(1), 22-33.
71. 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.
72. Boyce, J. (2016). La victimisation chez les Autochtones au Canada, 2014. (Statistique Canada).
73. Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sander-son, M., Brandt, H. M. & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260-268.
74. 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 Psycho-traumatology*, 5, 10.
75. Cowell, R. A., Cicchetti, D., Rogosch, F. A. & Toth, S. L. (2015). Childhood maltreatment and its effect on neurocognitive functioning: timing and chronicity matter. *Development and Psychopathology*, 27(Special Issue 02), 521-533.
76. Jaffee, S. R. & Maikovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 184-194.
77. Thornberry, T. P., Ireland, T. O. & Smith, C. A. (2001). The importance of timing: the varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. *Development and Psychopathology*, 13(4), 957-979.
78. Davies, E. A. & Jones, A. C. (2013). Risk factors in child sexual abuse. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(3), 146-150.
79. Scott-Storey, K. (2011). Cumulative abuse: do things add up? An evaluation of the conceptualization, operationalization, and methodological approaches in the study of the phenomenon of cumulative abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(3), 135-150.
80. Chartier, M. J., Walker, J. R. & Naimark, B. (2007). Childhood abuse, adult health, and health care utilization: results from a representative community sample. *American Journal of Epidemiology*, 165(9), 1031-1038.
81. Ehrensaft, M. K., Knous-Westfall, H. M., Cohen, P. & Chen, H. (2014). How does child abuse history influence parenting of the next generation? *Psychology of Violence*, 5(1), 16-25.
82. Bowlus, A., McKenna, K., Day, T. & Wright, D. (2003). Coûts et conséquences économiques des sévices infligés aux enfants au Canada. (la Commission du droit du Canada).

83. Zhang, T., Hoddenbagh, J., McDonald, S. & Scrim, K. (2012). Une estimation de l'incidence économique de la violence conjugale au Canada en 2009. (Ministère de la Justice Canada).
84. Organisation mondiale de la Santé & Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. (2014). Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde. (Organisation mondiale de la Santé).
85. Organisation mondiale de la Santé. (2013). Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes- résumé d'orientation. (Organisation mondiale de la Santé).
86. Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. & 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.
87. Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W. & Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3(2), 231-280.
88. Copp, J. E., Kuhl, D. C., Giordano, P. C., Longmore, M. A. & Manning, W. D. (2015). Intimate partner violence in neighborhood context: the roles of structural disadvantage, subjective disorder, and emotional distress. *Social Science Research*, 53, 59-72.
89. Cheng, T. C. & Lo, C. C. (2016). Racial Disparities in Intimate Partner Violence Examined Through the Multiple Disadvantage Model. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(11), 2026-2051.
93. Affifi, T. O., Taillieu, T., Cheung, K., Katz, L. Y., Tonmyr, L. & Sareen, J. (2015). Substantiated reports of child maltreatment from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect 2008: examining child and household characteristics and child functional impairment. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 60(7), 315-323.
94. Moffitt, P., Fikowski, H., Mauricio, M. & Mackenzie, A. (2013). Intimate partner violence in the Canadian territorial north: perspectives from a literature review and a media watch. *International Journal of Circumpolar Health*, 72.
95. Allan, B. & Smylie, J. (2015). First Peoples, second class treatment - the role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. (Toronto, ON): (The Wellesley Institute).
96. Four Worlds Centre for Development Learning, Bopp, M., Bopp, J. & Lane, P. (2003). Aboriginal domestic violence in Canada. (Aboriginal Healing Foundation).
97. Aguiar, W. & Halseth, R. (2015). Peuples Autochtones et traumatisme historique : les processus de transmission intergénérationnelle. (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone).
98. Santé Canada et Assemblée des Premières Nations. (2015). Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (rapport sommaire). (Santé Canada). L'Assemblée des Premières Nations.
99. Bombay, A., Matheson, K. & Anisman, H. (2009). Intergenerational trauma: convergence of multiple processes among First Nations peoples in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, 5(3), 6-47.
100. Bombay, A., Matheson, K. & Anisman, H. (2011). The impact of stressors on second generation Indian residential school survivors. *Transcultural Psychiatry*, 48(4), 367-391.

Impacts sur les Canadiens

90. Perreault, S. & Hotton Mahony, T. (2012). La victimisation criminelle dans les territoires, 2009. (Statistique Canada).
91. Rivara, F. P., Anderson, M. L., Fishman, P., Reid, R. J., Bonomi, A. E., Carrell, D. & Thompson, R. S. (2009). Age, period, and cohort effects on intimate partner violence. *Violence and Victims*, 24(5), 627-638.
92. Miszkurka, M., Steensma, C. & Phillips, S. P. (2016). Corrélats de la violence entre conjoints et en milieu familial chez les Canadiens âgés : une approche fondée sur les parcours de vie. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. Recherche, politiques, et pratiques, 36(3), 45-53.
101. Chansonneuve, D. (2005). Retisser nos liens: comprendre les traumatismes vécus dans les pensionnats indiens par les Autochtones. (Fondation autochtone de guérison).
102. Elias, B., Mignone, J., Hall, M., Hong, S. P., Hart, L. & Sareen, J. (2012). Trauma and suicide behaviour histories among a Canadian Indigenous population: an empirical exploration of the potential role of Canada's residential school system. *Social Science & Medicine*, 74(10), 1560-1569.
103. Hatala, A. R., Desjardins, M. & Bombay, A. (2015). Reframing narratives of Aboriginal health inequity: exploring Cree Elder resilience and well-being in contexts of historical trauma. *Qualitative Health Research*.

104. Kirmayer, L. J., Gone, J. P. & Moses, J. (2014). Rethinking historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 299-319.
105. Marsh, T. N., Coholic, D., Cote-Meek, S. & Najavits, L. M. (2015). Blending Aboriginal and Western healing methods to treat intergenerational trauma with substance use disorder in Aboriginal peoples who live in Northeastern Ontario, Canada. *Harm Reduction Journal*, 12(1), 1-12.
106. L'Associations des femmes autochtones du Canada. (2015). Fact sheet: root causes of violence against Aboriginal women and the impact of colonization. (L'Associations des femmes autochtones du Canada).
107. Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). Les survivants s'expriment. Un rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. (Commission de vérité et réconciliation du Canada).
108. Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). Ce que nous avons retenu. Un rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. (Commission de vérité et réconciliation du Canada).
109. Bombay, A., Matheson, K. & Anisman, H. (2014). The intergenerational effects of Indian residential schools: implications for the concept of historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 320-338.
110. Brassard, R., Montminy, L., Bergeron, A. & Sosa-Sanchez, A. I. (2015). Application of intersectional analysis to data on domestic violence against Aboriginal women living in the province of Quebec. *Aboriginal Policy Studies*, 4(1), 3-23.
111. Basile, K. C., Breiding, M. J. & Smith, S. G. (2016). Disability and risk of recent sexual violence in the United States. *American Journal of Public Health*, 106(5), 928-933.
112. Hahn, J. W., McCormick, M. C., Silverman, J. G., Robinson, E. B. & Koenen, K. C. (2014). Examining the impact of disability status on intimate partner violence victimization in a population sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(17), 3063-3085.
113. Krnjacki, L., Emerson, E., Llewellyn, G. & Kavanagh, A. M. (2016). Prevalence and risk of violence against people with and without disabilities: findings from an Australian population-based study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40(1), 16-21.
114. Breiding, M. J. & Armour, B. S. (2015). The association between disability and intimate partner violence in the United States. *Annals of Epidemiology*, 25(6), 455-457.
115. Lorenzetti, L., Wells, L., Callaghan, T. & Logie, C. (2014). Domestic violence in Alberta's gender and sexually diverse communities: towards a framework for prevention. (Shift: The Project to End Domestic Violence).
116. Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R. & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213.
117. Dank, M., Lachman, P., Zweig, J. M. & Yahner, J. (2014). Dating violence experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(5), 846-857.
118. Edwards, K. M. & Sylaska, K. M. (2013). The perpetration of intimate partner violence among LGBTQ college youth: the role of minority stress. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(11), 1721-1731.
119. Whitton, S. W., Newcomb, M. E., Messinger, A. M., Byck, G. & Mustanski, B. (2016). A longitudinal study of IPV victimization among sexual minority youth. *Journal of Interpersonal Violence*.
120. Oliffe, J. L., Han, C., Maria, E. S., Lohan, M., Howard, T., Stewart, D. E. & Macmillan, H. (2014). Gay men and intimate partner violence: a gender analysis. *Sociology of Health & Illness*, 36(4), 564-579.
121. Miladinovic, Z. & Mulligan, L. (2015). L'homicide au Canada, 2014. (Statistique Canada).
122. Dong, X., Simon, M., Mendes de Leon, C. F., Fulmer, T., Beck, T., Hebert, L., Dyer, C., Paveza, G. & Evans, D. (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *The Journal of American Medical Association*, 302(5), 517-526.
123. Dong, X. Q., Simon, M. A., Beck, T. T., Farran, C., McCann, J. J., Mendes de Leon, C. F., Laumann, E. & Evans, D. A. (2011). Elder abuse and mortality: the role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*, 57(6), 549-558.
124. Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Pillemer, K. A. & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *The Journal of the American Medical Association*, 280(5), 428-432.
125. Lachs, M. S. & Pillemer, K. A. (2015). Elder abuse. *The New England Journal of Medicine*, 373(20), 1947-1956.
126. Welch, G. L. & Bonner, B. L. (2013). Fatal child neglect: characteristics, causation, and strategies for prevention. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 745-752.

127. Rhodes, A. E., Boyle, M. H., Bethell, J., Wekerle, C., Goodman, D., Tonmyr, L., Leslie, B., Lam, K. & Manion, I. (2012). Child maltreatment and onset of emergency department presentations for suicide-related behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 542-551.
128. Martin, M. S., Dykxhoorn, J., Afifi, T. O. & Colman, I. (2016). Child abuse and the prevalence of suicide attempts among those reporting suicide ideation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-8.
129. Moffitt, P., Fikowski, H., Mauricio, M. & Mackenzie, A. (2013). Intimate partner violence in the Canadian territorial north: perspectives from a literature review and a media watch. *International Journal of Circumpolar Health*, 72.
130. Sinha, M. (2012). La violence familiale au Canada : un profile statistique, 2010. (Statistique Canada).
131. Clark, C., Caldwell, T., Power, C. & Stansfeld, S. A. (2010). Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. *Annals of Epidemiology*, 20(5), 385-394.
132. Afifi, T. O., Mota, N., MacMillan, H. L. & Sareen, J. (2013). Harsh physical punishment in childhood and adult physical health. *Pediatrics*, 132(2), e333-e340.
133. Afifi, T. O., Mota, N. P., Dasiewicz, P., MacMillan, H. L. & Sareen, J. (2012). Physical punishment and mental disorders: results From a nationally representative US sample. *Pediatrics*, 130(2), 184-192.
134. Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Kreppner, J., Stevens, S., O'Connor, T. G. & Sonuga-Barke, E. J. S. (2006). Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian adoptees study. *Child Development*, 77(3), 696-711.
135. Beckett, C., Bredenkamp, D., Castle, J., Groothues, C., O'Connor, T. G., Rutter, M. & and the English and Romanian Adoptees (E.R.A.) Study Team. (2002). Behavior patterns associated with institutional deprivation: a study of children adopted from Romania. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(5).
136. Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Hawkins, A., Kreppner, J., O'Connor, T. G., Stevens, S. & Sonuga-Barke, E. J. S. (2007). Scholastic attainment following severe early institutional deprivation: a study of children adopted from Romania. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 1063-1073.
137. Colvert, E., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., Hawkins, A., Kreppner, J., O'Connor, T. G., Stevens, S. & Sonuga-Barke, E. J. S. (2008). Emotional difficulties in early adolescence following severe early deprivation: findings from the English and Romanian adoptees study. *Development and Psychopathology*, 20(02), 547-567.
138. Croft, C., Beckett, C., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Hawkins, A., Kreppner, J., Stevens, S. E. & Sonuga-Barke, E. J. S. (2007). Early adolescent outcomes of institutionally-deprived and non-deprived adoptees. II: Language as a protective factor and a vulnerable outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 31-44.
139. O'Connor, T. G. & Rutter, M. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 39(6), 703-712.
140. O'Connor, T. G., Rutter, M., Beckett, C., Keaveney, L. & Kreppner, J. M. (2000). The effects of global severe privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. *Child Development*, 71(2), 376-390.
141. Rutter, M. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(4), 465-476.
142. Rutter, M., O'Connor, T. G. & English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. (2004). Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Developmental Psychology*, 40(1), 81-94.
143. Rutter, M. L., Kreppner, J. M. & O'Connor, T. G. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *The British Journal of Psychiatry*, 179(2), 97-103.
144. Sonuga-Barke, E. J. S., Beckett, C., Kreppner, J., Castle, J., Colvert, E., Stevens, S., Hawkins, A. & Rutter, M. (2008). Is sub-nutrition necessary for a poor outcome following early institutional deprivation? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(9), 664-671.
145. Stevens, S. E., Sonuga-Barke, E. J. S., Kreppner, J. M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Hawkins, A. & Rutter, M. (2008). Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: presentation and associations in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 385-398.

146. Afifi, T. O., Macmillan, H., Cox, B. J., Asmundson, G. J. G., Stein, M. B. & Sareen, J. (2009). Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(8), 1398-1417.
147. Bebbington, P. (2009). Childhood sexual abuse and psychosis: aetiology and mechanism. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 18(4), 284-293.
148. Bonomi, A. E., Cannon, E. A., Anderson, M. L., Rivara, F. P. & Thompson, R. S. (2008). Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse & Neglect*, 32(7), 693-701.
149. Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Rivara, F. P., Carrell, D. & Thompson, R. S. (2009). Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Archives of Internal Medicine*, 169(18), 1692-1697.
150. Enns, M. W., Cox, B. J., Afifi, T. O., De Graaf, R., Have, M. T. & Sareen, J. (2006). Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: a longitudinal population-based study. *Psychological Medicine*, 36(12), 1769-1778.
151. Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657.
152. Nikulina, V. & Widom, C. S. (2013). Child maltreatment and executive functioning in middle adulthood: a prospective examination. *Neuropsychology*, 27(4), 10.
153. Paras, M. L., Murad, M. & Chen, L. P. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 550-561.
154. Read, J., Fink, P., Rudegeair, T., Felitti, V. & Whitfield, C. (2008). Child maltreatment and psychosis: a return to a genuinely integrated bio-psycho-social model. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2(3), 235-254.
155. Read, J., Bentall, R. P. & Fosse, R. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(04), 299-310.
156. Roos, L. E., Afifi, T. O., Martin, C. G., Pietzack, R. H., Tsai, J. & Sareen, J. (2016). Linking typologies of childhood adversity to adult incarceration: findings from a nationally representative sample. *American Journal of Orthopsychiatry*.
157. Young, J. C. & Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1369-1381.
158. Wathen, C. N. (2012). La victimisation avec violence : répercussions sur la santé des femmes et des enfants. (Justice Canada).
159. Wegman, H. L. & Stetler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic Medicine*, 71(8).
160. McTavish, J. R., MacGregor, J. C. D., Wathen, C. N. & MacMillan, H. L. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: an overview. *International Review of Psychiatry*, 1-15.
161. Tarullo, A. R. & Gunnar, M. R. (2006). Child maltreatment and the developing HPA axis. *Hormones and Behavior*, 50(4), 632-639.
162. Gonzalez, A. (2013). The impact of childhood maltreatment on biological systems: implications for clinical interventions. *Paediatrics & Child Health*, 18(8), 415-418.
163. Danese, A. & McEwan, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29-39.
164. Kim, H. K., Tiberio, S. S., Capaldi, D. M., Shortt, J. W., Squires, E. C. & Snodgrass, J. J. (2015). Intimate partner violence and diurnal cortisol patterns in couples. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 35-46.
165. De Bellis, M. D. & Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 185-222.
166. Springer, K. W. (2009). Childhood physical abuse and midlife physical health: testing a multi-pathway life course model. *Social Science & Medicine*, 69(1), 138-146.
167. Borsini, A., Hepgul, N., Mondelli, V., Chalder, T. & Pariante, C. M. (2014). Childhood stressors in the development of fatigue syndromes: a review of the past 20 years of research. *Psychological Medicine*, 44(9), 1809-1823.
168. Catalina-Romero, C., Calvo, E., Sánchez-Chaparro, M. A., Valdivielso, P., Sainz, J. C., Cabrera, M., González-Quintela, A. & Román, J. (2013). The relationship between job stress and dyslipidemia. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(2), 142-149.
169. Dimsdale, J. E. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(13), 1237-1246.

170. Esler, M., Eikelis, N., Schlaich, M., Lambert, G., Alvarenga, M., Dawood, T., Kaye, D., Barton, D., Pier, C., Guo, L., Brenchley, C., Jennings, G. & Lambert, E. (2008). Chronic mental stress is a cause of essential hypertension: presence of biological markers of stress. *Clinical and Experimental Pharmacology & Physiology*, 35(4), 498-502.
171. Galtrey, C. M., Mula, M. & Cock, H. R. (2016). Stress and epilepsy: fact or fiction, and what can we do about it? *Practical Neurology*.
172. Gameiro, G. H., da Silva Andrade, A., Nouer, D. F. & Ferraz de Arruda Veiga, M. C. (2006). How may stressful experiences contribute to the development of temporomandibular disorders? *Clinical Oral Investigations*, 10(4), 261-268.
173. Groesz, L. M., McCoy, S., Carl, J., Saslow, L., Stewart, J., Adler, N., Laraia, B. & Epel, E. (2012). What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite*, 58(2), 717-721.
174. Hannibal, K. E. & Bishop, M. D. (2014). Chronic stress, cortisol dysfunction, and pain: a psychoneuroendocrine rationale for stress management in pain rehabilitation. *Physical Therapy*, 94(12), 1816-1825.
175. Haynes, C., Lee, M. D. & Yeomans, M. R. (2003). Interactive effects of stress, dietary restraint, and disinhibition on appetite. *Eating Behaviors*, 4(4), 369-383.
176. Juster, R. P., McEwen, B. S. & Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 35(1), 2-16.
177. Kelly, S. J. & Ismail, M. (2015). Stress and type 2 diabetes: a review of how stress contributes to the development of type 2 diabetes. *Annual Review of Public Health*, 36, 441-462.
178. Kirkpatrick, H. A. & Heller, G. A. (2014). Post-traumatic stress disorder: theory and treatment update. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 47(4), 337-346.
179. Konturek, P. C., Brzozowski, T. & Konturek, S. J. (2011). Stress and the gut: pathophysiology, clinical consequences, diagnostic approach and treatment options. *Journal of Physiology and Pharmacology*, 62(6), 591-599.
180. Lagraauw, H. M., Kuiper, J. & Bot, I. (2015). Acute and chronic psychological stress as risk factors for cardiovascular disease: Insights gained from epidemiological, clinical and experimental studies. *Brain, Behavior and Immunity*, 50, 18-30.
181. Lo Sauro, C., Ravalidi, C., Cabras, P. L., Faravelli, C. & Ricca, V. (2008). Stress, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and eating disorders. *Neuropsychobiology*, 57(3), 95-115.
182. Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R. & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews. Neuroscience*, 10(6), 434-445.
183. Martínez-Martínez, L.-A., Mora, T., Vargas, A., Fuentes-Iniestra, M. & Martínez-Lavín, M. (2014). Sympathetic nervous system dysfunction in fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, irritable bowel syndrome, and interstitial cystitis: a review of case-control studies. *Journal of Clinical Rheumatology*, 30(3), 146-150.
184. McEwen, B. S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology*, 583(2-3), 174-185.
185. McEwen, B. S. (2012). Brain on stress: how the social environment gets under the skin. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(Suppl 2), 17180-17185.
186. Palagini, L., Drake, C. L., Gehrman, P., Meerlo, P. & Riemann, D. (2015). Early-life origin of adult insomnia: does prenatal-early-life stress play a role? *Sleep Medicine*, 16(4), 446-456.
187. Rosenberg, S. L., Miller, G. E., Brehm, J. M. & Celedón, J. C. (2014). Stress and asthma: Novel insights on genetic, epigenetic, and immunologic mechanisms. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 134(5), 1009-1015.
188. Powell, N. D., Tarr, A. J. & Sheridan, J. F. (2013). Psychosocial stress and inflammation in cancer. *Brain, Behavior and Immunity*, 30(Suppl), S41-S47.
189. Scott, K. A., Melhorn, S. J. & Sakai, R. R. (2012). Effects of chronic social stress on obesity. *Current Obesity Reports*, 1(1), 16-25.
190. Shalev, A. Y. (2009). Posttraumatic stress disorder and stress-related disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 687-704.
191. Sinha, R. & Jasterboff, A. M. (2013). Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biological Psychiatry*, 73(9), 827-835.
192. Sparrenberger, F., Cicheler, F. T., Ascoli, A. M., Fonseca, F. P., Weiss, G., Berwanger, O., Fuchs, S. C., Moreira, L. B. & Fuchs, F. D. (2009). Does psychosocial stress cause hypertension? a systematic review of observational studies. *Journal of Human Hypertension*, 23(1), 12-19.
193. Spruill, T. M. (2010). Chronic psychosocial stress and hypertension. *Current Hypertension Report*, 12(1), 10-16.

194. Stockhorst, U. & Antov, M. I. (2015). Modulation of fear extinction by stress, stress hormones and estradiol: a review. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 9.
195. Stults-Kolehmainen, M. A., Bartholomew, J. B. & Sinha, R. (2014). Chronic psychological stress impairs recovery of muscular function and somatic sensations over a 96-hour period. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 28(7), 2007-2017.
196. Turecki, G. & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239.
197. Vachon-Presseau, E., Roy, M., Martel, M. O., Caron, E., Marin, M. F., Chen, J., Plante, I., Sullivan, M. J., Lupien, S. J. & Rainville, P. (2013). The stress model of chronic pain: evidence from basal cortisol and hippocampal structure and function in humans. *Brain: A Journal of Neurology*, 136(Pt 3), 815-827.
198. Van Oudenhove, L. & Aziz, Q. (2013). The role of psychosocial factors and psychiatric disorders in functional dyspepsia. *Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology*, 10(3), 158-167.
199. Ye, Y., Pang, Z., Chen, W., Ju, S. & Zhou, C. (2015). The epidemiology and risk factors of inflammatory bowel disease. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(12), 22529-22542.
200. Ehlert, U. (2013). Enduring psychobiological effects of childhood adversity. *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1850-1857.
201. Fagundes, C. P., Glaser, R. & Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Stressful early life experiences and immune dysregulation across the lifespan. *Brain, Behavior and Immunity*, 27(1), 8-12.
202. Nicolaides, N. C., Kyratzi, E., Lamprokostopoulou, A., Chrousos, G. P. & Charmandari, E. (2015). Stress, the stress system and the role of glucocorticoids. *Neuroimmunomodulation*, 22(1-2), 6
203. Shalev, I., Moffitt, T. E., Sugden, K., Williams, B., Houts, R. M., Danese, A., Mill, J., Arseneault, L. & Caspi, A. (2013). Exposure to violence during childhood is associated with telomere erosion from 5 to 10 years of age: a longitudinal study. *Molecular Psychiatry*, 18(5), 576-581.
204. Bensley, L. S., Van Eenwyk, J. & Simmons, K. W. (2000). Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *Addiction*, 18(2), 151-158.
205. Devries, K. M., Child, J. C., Bacchus, L. J., Mak, J., Falder, G., Graham, K., Watts, C. & Heise, L. (2014). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 109(3), 379-391.
206. Dong, M., Dube, S. R., Felitti, V. J., Giles, W. H. & Anda, R. F. (2003). Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: new insights into the causal pathway. *Archives of Internal Medicine*, 163(16), 1949-1956.
207. Dube, S. R., Miller, J. W., Brown, D. W., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dong, M. & Anda, R. F. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 444.
208. Hamburger, M. E., Moore, J., Koenig, L. J., Vlahov, D., Schoenbaum, E. E., Schuman, P., Mayer, K. & HIV Epidemiology Research Study Group. (2004). Persistence of inconsistent condom use: relation to abuse history and HIV serostatus. *AIDS and Behavior*, 8(3), 333-344.
209. Klein, H., Elifson, K. W. & Sterk, C. E. (2007). Childhood neglect and adulthood involvement in HIV-related risk behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 39-53.
210. Strine, T. W., Edwards, V. J., Dube, S. R., Wagenfeld, M., Dhingra, S., Prehn, A. W., Rasmussen, S., McKnight-Eily, L. & Croft, J. B. (2012). The mediating sex-specific effect of psychological distress on the relationship between adverse childhood experiences and current smoking among adults. *Substance Abuse, Treatment, Prevention and Policy*, 7(30).
211. Strine, T. W., Dube, S. R., Edwards, V. J., Prehn, A. W., Rasmussen, S., Wagenfeld, M., Dhingra, S. & Croft, J. B. (2012). Associations between adverse childhood experiences, psychological distress, and adult alcohol problems. *American Journal of Health Behavior*, 36(3), 408-423.
212. Ouellet-Morin, I., Fisher, H. L., York-Smith, M., Fincham-Campbell, S., Moffitt, T. E. & Arseneault, L. (2015). Intimate partner violence and new-onset depression: a longitudinal study of women's childhood and adult histories of abuse. *Depression and Anxiety*, 32(5), 316-324.
213. Gonzalez, A., Macmillan, H., Tanaka, M., Jack, S. M. & Tonmyr, L. (2014). Subtypes of exposure to intimate partner violence within a Canadian child welfare sample: associated risks and child maladjustment. *Child Abuse & Neglect*, 38(12), 1934-1944.
214. Jung, H., Herrenkohl, T. I., Lee, J. O., Hemphill, S. A., Heerde, J. A. & Skinner, M. L. (2015). Gendered pathways from child abuse to adult crime through internalizing and externalizing behaviors in childhood and adolescence. *Journal of Interpersonal Violence*.

215. Lewis, T., McElroy, E., Harlaar, N. & Runyan, D. (2016). Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 51, 31-40.
216. Colman, R. A. & Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 28(11), 1133-1151.
217. Cubellis, M. A., Peterson, B. E., Henninger, A. M. & Lee, D. (2016). Childhood sexual abuse and antisocial traits and behaviors: a gendered examination of the factors associated with perpetration of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*.
218. Leonard, L. M. & Follette, V. M. (2002). Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implications. *Annual Review of Sex Research*, 13, 346-388.
219. Loeb, T. B., Williams, J. K., Carmona, J. V., Rivkin, I., Wyatt, G. E., Chin, D. & Asuan-O'Brien, A. (2002). Child sexual abuse: associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annual Review of Sex Research*, 13, 307-345.
220. McLeod, G. F., Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (2014). Childhood physical punishment or maltreatment and partnership outcomes at age 30. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(3), 307-15.
221. Rumstein-McKean, O. & Hunsley, J. (2001). Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 471-490.
222. Whiffen, V. E. & MacIntosh, H. B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review. *Trauma, Violence, and Abuse*, 6(1), 24-39.
223. Tardif-Williams, C. Y., Tanaka, M., Boyle, M. H. & MacMillan, H. L. (2015). The impact of childhood abuse and current mental health on young adult intimate relationship functioning. *Journal of Interpersonal Violence*.
224. Sperry, D. M. & Widom, C. S. (2013). Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: a prospective investigation. *Child Abuse and Neglect*, 37(6), 415-425.
225. Young, J. C. & Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1369-1381.
226. Sudbrack, R., Manfro, P. H., Kuhn, I. M., de Carvalho, H. W. & Lara, D. R. (2015). What doesn't kill you makes you stronger and weaker: how childhood trauma relates to temperament traits. *Journal of Psychiatric Research*, 62, 123-129.
227. Lomanowska, A. M., Boivin, M., Hertzman, C. & Fleming, A. S. (2015). Parenting begets parenting: A neurobiological perspective on early adversity and the transmission of parenting styles across generations. *Neuroscience*.
228. Coohy, C. (2007). The relationship between mothers' social networks and severe domestic violence: a test of the social isolation hypothesis. *Violence and Victims*, 22(4), 503-512.
229. Dunn, J. L. (2004). "Victims" and "survivors": emerging vocabularies of motive for "battered women who stay". *Sociological Inquiry*, 75(1), 1-30.
230. Esqueda, C. W. & Harrison, L. A. (2005). The influence of gender role stereotypes, the woman's race, and level of provocation and resistance on domestic violence culpability attributions. *Sex Roles*, 53(11), 821-834.
231. Harrison, L. A. & Esqueda, C. W. (2000). Effects of race and victim drinking on domestic violence attributions. *Sex Roles*, 42(11), 1043-1057.
232. Harrison, L. A. & Esqueda, C. W. (1999). Myths and stereotypes of actors involved in domestic violence: implications for domestic violence culpability attributions. *Aggression and Violent Behavior*, 4(2), 129-138.
233. Murray, C. E., Crowe, A. & Overstreet, N. M. (2015). Sources and components of stigma experienced by survivors of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*.
234. Overstreet, N. M. & Quinn, D. M. (2013). The intimate partner violence stigmatization model and barriers to help-seeking. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 109-122.
235. Maguire, S. A., Williams, B., Naughton, A. M., Cowley, L. E., Tempest, V., Mann, M. K., Teague, M. & Kemp, A. M. (2015). A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. *Child: Care, Health and Development*, 41(5), 641-653.
236. Anthonysamy, A. & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Peer status and behaviors of maltreated children and their classmates in the early years of school. *Child Abuse & Neglect*, 31(9), 971-991.
237. Kurtz, P. D., Gaudin, J. M. Jr., Wodarski, J. S. & Howing, P. T. (1993). Maltreatment and the school-aged child: school performance consequences. *Child Abuse & Neglect*, 17(5), 581-589.

238. Romano, E., Babchishin, L., Marquis, R. & Frechette, S. (2015). Childhood maltreatment and educational outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 418-437.
239. Shonk, S. M. & Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology*, 37(1), 3-17.
240. Tanaka, M., Georgiades, K., Boyle, M. H. & MacMillan, H. L. (2015). Child maltreatment and educational attainment in young adulthood: results from the Ontario Child Health Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(2), 195-214.
241. Zolotor, A., Kotch, J., Dufort, V., Winsor, J., Catellier, D. & Bou-Saada, I. (1999). School performance in a longitudinal cohort of children at risk of maltreatment. *Maternal and Child Health Journal*, 3(1), 19-27.
242. Zielinski, D. S. (2009). Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child Abuse & Neglect*, 33(10), 666-678.
243. Wathen, C. N., MacGregor, J. C. D. & MacQuarrie, B. J. (2015). The impact of domestic violence in the workplace: results from a pan-Canadian survey. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57(7).
244. Wathen, C. N., MacGregor, J. C. D., MacQuarrie, B. J. & Congrès du travail du Canada ess. (2014). *Peut-on être en sécurité au travail quand on ne l'est pas   la maison? Premiers conclusions d'une enqu t pancanadienne sur la violence conjugale et le milieu de travail.* (Centre for Research and Education on Violence Against Women and Children).
245. Borchers, A., Lee, R. C., Martsolf, D. S. & Maler, J. (2016). Employment maintenance and intimate partner violence. *Workplace Health & Safety*.
246. Reeves, C. & O'Leary-Kelly, A. M. (2007). The effects and costs of intimate partner violence for work organizations. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(3), 327-344.
247. Swanberg, J. E., Logan, T. K. & Macke, C. (2005). Intimate partner violence, employment, and the workplace: consequences and future directions. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(4), 286-312.
248. Swanberg, J. E. & Logan, T. K. (2005). Domestic violence and employment: a qualitative study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(1), 3-17.
249. Wathen, C. N., MacGregor, J. C. D. & MacQuarrie, B. J. (2016). Relationships among intimate partner violence, work, and health. *Journal of Interpersonal Violence*.
250. Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B. & Yuen, T. (2011). What is resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265.
251. Feder, A., Nestler, E. J. & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 446-457.
252. Walsh, W. A., Dawson, J. & Mattingly, M. J. (2010). How are we measuring resilience following childhood maltreatment? Is the research adequate and consistent? What is the impact on research, practice, and policy? *Trauma, Violence, & Abuse*, 11(1), 27-41.
253. Domhardt, M., Munzer, A., Fegert, J. M. & Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child sexual abuse: a systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 476-493.
254. Klika, J. B. & Herrenkohl, T. I. (2013). A review of developmental research on resilience in maltreated children. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(3), 222-234.
255. Cicchetti, D. (2013). Annual research review: resilient functioning in maltreated children past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 402-422.
256. Wathen, C. N., MacGregor, J. C., Hammerton, J., Coben, J. H., Herrman, H., Stewart, D. E., MacMillan, H. L. & PreVAiL Research Network. (2012). Priorities for research in child maltreatment, intimate partner violence and resilience to violence exposures: results of an international Delphi consensus development process. *BMC Public Health*, 12(684).
257. Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A. & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297(5582), 851-854.
258. Cruz-Fuentes, C. S., Benjet, C., Martinez-Levy, G. A., Perez-Molina, A., Briones-Velasco, M. & Suarez-Gonzalez, J. (2014). BDNF Met66 modulates the cumulative effect of psychosocial childhood adversities on major depression in adolescents. *Brain and Behavior*, 4(2), 290-297.

259. Uher, R., Caspi, A., Houts, R., Sugden, K., Williams, B., Poulton, R. & Moffitt, T. E. (2011). Serotonin transporter gene moderates childhood maltreatment's effects on persistent but not single-episode depression: replications and implications for resolving inconsistent results. *Journal of Affective Disorders*, 135(1-3), 56-65.
260. Polanczyk, G., Caspi, A., Williams, B., Price, T. S., Danese, A., Sugden, K., Uher, R., Poulton, R. & Moffitt, T. E. (2009). Protective effect of CRHR1 gene variants on the development of adult depression following childhood maltreatment: replication and extension. *Archives of General Psychiatry*, 66(9), 978-985.
261. Bradley, R. G., Binder, E. B., Epstein, M. P., Tang, Y., Nair, H. P., Liu, W., Gillespie, C. F., Berg, T., Evces, M., Newport, D. J., Stowe, Z. N., Heim, C. M., Nemeroff, C. B., Schwartz, A., Cubells, J. F. & Ressler, K. J. (2008). Influence of child abuse on adult depression: moderation by the corticotropin-releasing hormone receptor gene. *Archives of General Psychiatry*, 65(2), 190-200.
262. Binder, E. B., Bradley, R. G. & Liu, W. (2008). Association of fkbp5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults. *JAMA*, 299(11), 1291-1305.
263. Liberzon, I., King, A. P. & Ressler, K. J. (2014). Interaction of the adrb2 gene polymorphism with childhood trauma in predicting adult symptoms of posttraumatic stress disorder. *JAMA Psychiatry*, 71(10), 1174-1182.
264. Gershon, N. B. & High, P. C. (2015). Epigenetics and child abuse: Modern-day Darwinism--The miraculous ability of the human genome to adapt, and then adapt again. *American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics*, 169(4), 353-360.
265. Blaze, J., Asok, A. & Roth, T. L. (2015). The long-term impact of adverse caregiving environments on epigenetic modifications and telomeres. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 9.
266. Galler, J. & Rabinowitz, D. G. (2014). Chapter Seven - The intergenerational effects of early adversity. In *Progress in Molecular Biology and Translational Science Epigenetics and Neuroplasticity: Evidence and Debate*, Volume 128, (pp. 177-198). [Akbarian, S. and Lubin, F. (Ed.)]. Academic Press).
267. Heim, C. & Binder, E. B. (2012). Current research trends in early life stress and depression: review of human studies on sensitive periods, gene-environment interactions, and epigenetics. *Experimental Neurology*, 233(1), 102-111.
268. Provencal, N. & Binder, E. B. (2015). The effects of early life stress on the epigenome: from the womb to adulthood and even before. *Experimental Neurology*, 268, 10-20.
269. Vaiserman, A. (2015). Epidemiologic evidence for association between adverse environmental exposures in early life and epigenetic variation: a potential link to disease susceptibility? *Clinical Epigenetics*, 7(1), 1-11.
270. Riddihough, G. & Zahn, L. M. (2010). What Is epigenetics? *Science*, 330(6004), 611.
271. Maas, C., Herrenkohl, T. I. & Sousa, C. (2008). Review of research on child maltreatment and violence in youth. *Trauma, Violence & Abuse*, 9(1), 56-67.
272. Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C. & Russo, M. J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence*, 25(1), 53-63.
273. Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M. & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 771-784.
274. Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B. & Giles, W. H. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389-396.
275. Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
276. Felitti, V. J. (2009). Adverse childhood experiences and adult health. *Academic Pediatrics*, 9(3), 131-132.

277. Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Ford, D. C., Dhingra, S. S. & Parks, S. E. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia, 2010. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(3), 345-349.
278. Larkin, H., Shields, J. J. & Anda, R. F. (2012). The health and social consequences of Adverse Childhood Experiences (ACE) across the lifespan: an introduction to prevention and intervention in the community. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 40(4), 263-270.
279. Johnson, H. (2006). *Mesure de la violence faite aux femmes: tendances statistiques 2006*. (Statistique Canada).
280. Ansara, D. L. & Hindin, M. J. (2011). Psychosocial consequences of intimate partner violence for women and men in Canada. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(8), 1628-1645.
281. Centre canadien de la statistique juridique.. (2005). *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2005*. (Statistique Canada).
282. Centre canadien de la statistique juridique. (2006). *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2006*. (Statistique Canada).
283. Vivian, D. & Langhinrichsen-Rohling, J. (1994). Are bi-directionally violent couples mutually victimized? A gender-sensitive comparison. *Violence and Victims*, 9(2), 107-124.
284. Widom, C. S. & Wilson, H. W. (2014). Intergenerational transmission of violence. In *Violence and Mental Health*, (pp. 27-45). [Lindert, J. and Levav, I. (Eds.)]. (Dordrecht: Springer Science+Business Media).
285. Haas, H. & Cusson, M. (2015). Comparing theories' performance in predicting violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 38, 75-83.
286. Narang, D. S. & Contreras, J. M. (2005). The relationships of dissociation and affective family environment with the intergenerational cycle of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 29(6), 683-699.
287. Schwartz, J. P., Hage, S. M., Bush, I. & Burns, L. K. (2006). Unhealthy parenting and potential mediators as contributing factors to future intimate violence: a review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 7(3), 206-221.
288. Boutwell, B. B., Beaver, K. M. & Barnes, J. C. (2012). More alike than different. Assortative mating and antisocial propensity in adulthood. *Criminal Justice and Behavior*, 39(9), 1240-1254.
289. Frisell, T., Pawitan, Y., Långström, N. & Lichtenstein, P. (2012). Heritability, assortative mating and gender differences in violent crime: results from a total population sample using twin, adoption, and sibling models. *Behavior Genetics*, 42(1), 3-18.
290. Schwartz, C. R. (2013). Trends and variation in assortative mating: causes and consequences. *Annual Review of Sociology*, 39, 451-470.
291. Cicchetti, D., Toth, S. L. & Maughan, A. (2000). An ecological-transactional model of child maltreatment. In *Handbook of Developmental Psychopathology*, (pp. 689-722). [Sameroff, A. J., Lewis, M. & Miller, S. M. (Eds.)]. (Boston, MA: Springer US).
292. Wright, E. M. & Fagan, A. A. (2013). The cycle of violence in context: exploring the moderating roles of neighborhood disadvantage and cultural norms. *Criminology; An Interdisciplinary Journal*, 51(2), 217-249.
293. Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G. & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1065-1078.
294. Wathen, C. N., Jamieson, E., Wilson, M., Daly, M., Worster, A., MacMillan, H. L. & McMaster University Violence Against Women Research Group. (2007). Risk indicators to identify intimate partner violence in the emergency department. *Open Medicine*, 1(2), e113-e122.
295. Stith, S. M., Rosen, K. H., Middleton, K. A., Busch, A. L., Lundeberg, K. & Carlton, R. P. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse: a meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 62(3), 640-654.
296. Haller, J., Harold, G., Sandi, C. & Neumann, I. D. (2014). Effects of adverse early-life events on aggression and anti-social behaviours in animals and humans. *Journal of Neuroendocrinology*, 26(10), 724-738.
297. MacMillan, H. L. & Wathen, C. N. (2014). Children's exposure to intimate partner violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 295-308.
298. Johnson, W. L., Giordano, P. C., Manning, W. D. & Longmore, M. A. (2015). The age-IPV curve: changes in the perpetration of intimate partner violence during adolescence and young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(3), 708-726.
299. Rivara, F. P., Anderson, M. L., Fishman, P., Reid, R. J., Bonomi, A. E., Carrell, D. & Thompson, R. S. (2009). Age, period, and cohort effects on intimate partner violence. *Violence and Victims*, 24(5), 627-638.

Influence sur le risqué de violence familiale

300. Shortt, J. W., Capaldi, D. M., Kim, H. K., Kerr, D. C. R., Owen, L. D. & Feingold, A. (2012). Stability of intimate partner violence by men across 12 years in young adulthood: effects of relationship transitions. *Prevention Science*, 13(4), 360-369.
301. Moretti, M. M., Catchpole, R. E. H. & Odgers, C. (2005). The dark side of girlhood: recent trends, risk factors and trajectories to aggression and violence. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14(1), 21-25.
302. Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W. & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the national elder mistreatment study. *American Journal of Public Health*, 100(2), 292-297.
303. Laumann, E. O., Leitsch, S. A. & Waite, L. J. (2008). Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(4), S248-S254.
304. Sinha, M. (2012). La violence familiale au Canada : un profil statistique 2012. (Statistique Canada).
305. Burnes, D., Pillemer, K., Caccamise, P. L., Mason, A., Henderson, C. R., Berman, J., Cook, A. M., Shukoff, D., Brownell, P., Powell, M., Salamone, A. & Lachs, M. S. (2015). Prevalence of and risk factors for elder abuse and neglect in the community: a population-based study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(9), 1906-1912.
306. Dutton, D. G. (2012). The prevention of intimate partner violence. *Prevention Science*, 13(4), 395-397.
307. Hurme, T., Alanko, S., Anttila, P., Juven, T. & Svedstrom, E. (2008). Risk factors for physical child abuse in infants and toddlers. *European Journal of Pediatric Surgery*, 18(6), 387-391.
308. Davies, E. A. & Jones, A. C. (2013). Risk factors in child sexual abuse. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(3), 146-150.
309. Renner, L. M. & Whitney, S. D. (2012). Risk factors for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among young adults. *Child Abuse & Neglect*, 36(1), 40-52.
310. Afifi, T. O. & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 266-272.
311. Haskett, M. E., Nears, K., Sabourin Ward, C. & McPherson, A. V. (2006). Diversity in adjustment of maltreated children: factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 796-812.
312. Howell, K. H. & Miller-Graff, L. E. (2014). Protective factors associated with resilient functioning in young adulthood after childhood exposure to violence. *Child Abuse & Neglect*, 38(12), 1985-1994.
313. Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M. & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13-29.
314. Amstadter, A. B., Zajac, K., Strachan, M., Hernandez, M. A., Kilpatrick, D. G. & Acierno, R. (2011). Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: the South Carolina elder mistreatment study. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(15), 2947-2972.
315. Austin, A., Herrick, H., Proescholdbell, S. & Simmons, J. (2016). Disability and exposure to high levels of adverse childhood experiences: effect on health and risk behavior. *North Carolina Medical Journal*, 77(1), 30-36.
316. Breiding, M. J. & Armour, B. S. (2015). The association between disability and intimate partner violence in the United States. *Annals of Epidemiology*, 25(6), 455-457.
317. Hahn, J. W., McCormick, M. C., Silverman, J. G., Robinson, E. B. & Koenen, K. C. (2014). Examining the impact of disability status on intimate partner violence victimization in a population sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(17), 3063-3085.
318. Johannesen, M. & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42(3), 292-298.
319. Mitra, M. & Mouradian, V. E. (2014). Intimate partner violence in the relationships of men with disabilities in the United States: relative prevalence and health correlates. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(17), 3150-3166.
320. Smith, D. L. (2008). Disability, gender and intimate partner violence: relationships from the behavioral risk factor surveillance system. *Sexuality and Disability*, 26(1), 15-28.
321. Tonmyr, L., Jamieson, E., Mery, L. S. & MacMillan, H. L. (2005). The relation between childhood adverse experiences and disability due to mental health problems in a community sample of women. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(12), 778-783.
322. Tonmyr, L., Jamieson, E., Mery, L. S. & MacMillan, H. L. (2005). The relationship between childhood adverse experiences and disability due to physical health problems in a community sample of women. *Women & Health*, 41(4), 23-35.

323. Lachs, M. S. & Pillemer, K. A. (2015). Elder abuse. *The New England Journal of Medicine*, 373(20), 1947-1956.
324. Edwards, P. (2012). Mauvais traitements envers les aînés au Canada : Analyse comparative entre les sexes — Résumé. (Agence de la santé publique du Canada).
325. Wang, X. M., Brisbin, S., Loo, T. & Straus, S. (2015). Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention. *Canadian Medical Association Journal*, 187(8), 575-581.
326. Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S. & Field, C. A. (2005). Unidirectional and bidirectional intimate partner violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States. *Violence and Victims*, 20(4), 393-406.
327. Choenni, V., Hammink, A. & van de Mheen, D. (2015). Association between substance use and the perpetration of family violence in industrialized countries: a systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1-14.
328. Dixon, L. & Graham-Kevan, N. (2011). Understanding the nature and etiology of intimate partner violence and implications for practice and policy. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1145-1155.
329. Feder, L. & Henning, K. (2005). A comparison of male and female dually arrested domestic violence offenders. *Violence and Victims*, 20(2), 153-171.
330. Henning, K., Jones, A. & Holdford, R. (2003). Treatment needs of women arrested for domestic violence: a comparison with male offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(8), 839-856.
331. Kernsmith, P. (2005). Exerting power or striking back: a gendered comparison of motivations for domestic violence perpetration. *Violence and Victims*, 20(2), 173-185.
332. Simmons, C. A., Lehmann, P., Cobb, N. & Fowler, C. R. (2005). Personality profiles of women and men arrested for domestic violence. *Journal of Offender Rehabilitation*, 41(4), 63-81.
333. Stith, S. M., Smith, D., Penn, C. E., Ward, D. B. & Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: a meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10(1), 65-98.
334. Hovdestad, W., Shields, M., Williams, G. & Tonmyr, L. (2015). Vulnérabilité des familles dirigées par une mère adolescente ou jeune adulte faisant l'objet d'une enquête menée par un service de protection de l'enfance au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, 35 (8-9), 143-150.
335. Thornberry, T. P., Matsuda, M., Greenman, S. J., Augustyn, M. B., Henry, K. L., Smith, C. A. & Ireland, T. O. (2014). Adolescent risk factors for child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 706-722.
336. Milaniak, I. & Widom, C. S. (2015). Does child abuse and neglect increase risk for perpetration of violence inside and outside the home? *Psychology of Violence*, 5(3), 246-255.
337. Hay, D. (2007). The gradual emergence of sex differences in aggression: alternative hypotheses. *Psychological Medicine*, 37, 1527-1537.
338. Bybee, D. & Sullivan, C. M. (2005). Predicting re-victimization of battered women 3 years after exiting a shelter program. *American Journal of Community Psychology*, 36(1-2), 85-96.
339. Cole, J., Logan, T. K. & Shannon, L. (2008). Women's risk for revictimization by a new abusive partner: for what should we be looking? *Violence and Victims*, 23(3), 315-330.
340. Mair, C., Cunradi, C. B., Gruenewald, P. J., Todd, M. & Remer, L. (2013). Drinking context-specific associations between intimate partner violence and frequency and volume of alcohol consumption. *Addiction*, 108(12), 2102-2111.
341. Swan, S. C., Gambone, L. J., Caldwell, J. E., Sullivan, T. P. & Snow, D. L. (2008). A review of research on women's use of violence With male intimate partners. *Violence and Victims*, 23(3), 301-314.
342. Johnson, H. (2015). Degendering violence. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 22(3), 390-410.
343. Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126(5), 651-680.
344. Whitaker, D. J., Haileyesus, T., Swahn, M. & Saltzman, L. S. (2007). Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. *American Journal of Public Health*, 97(5), 941-947.
345. Langhinrichsen-Rohling, J. (2010). Controversies involving gender and intimate partner violence in the United States. *Sex Roles*, 62(3), 179-193.
346. Forsman, M. & Långström, N. (2012). Child maltreatment and adult violent offending: population-based twin study addressing the 'cycle of violence' hypothesis. *Psychological Medicine*, 42(9), 1977-1983.
347. Thornberry, T. P. & Henry, K. L. (2013). Intergenerational continuity in maltreatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 555-569.

348. Widom, C. S., Czaja, S. J. & DuMont, K. A. (2015). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: real or detection bias? *Science*, 347(6229), 1480-1485.
349. Jaffee, S. R., Bowes, L., Ouellet-Morin, I., Fisher, H. L., Moffitt, T. E., Merrick, M. T. & Arseneault, L. (2013). Safe, stable, nurturing relationships break the intergenerational cycle of abuse: a prospective nationally representative cohort of children in the United Kingdom. *Journal of Adolescent Health*, 53(Suppl 4), S4-S10.
350. Thornberry, T. P., Henry, K. L., Smith, C. A., Ireland, T. O., Greenman, S. J. & Lee, R. D. (2013). Breaking the cycle of maltreatment: the role of safe, stable, and nurturing relationships. *Journal of Adolescent Health*, 53(Suppl 4), S25-S31.
351. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C. & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl 2), S194-S205.
352. Guedes, D. T., Alvarado, B. E., Phillips, S. P., Curcio, C. L., Zunzunegui, M. V. & Guerra, R. O. (2015). Socioeconomic status, social relations and Domestic Violence (DV) against elderly people in Canada, Albania, Colombia and Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(3), 492-500.
353. Klein, S. (2011). The availability of neighborhood early care and education resources and the maltreatment of young children. *Child Maltreatment*, 16(4), 300-311.
354. Heise, L. L. & Kotsadam, A. (2015). Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *The Lancet Global Health*, 3(6), e332-e340.
355. Hornor, G. (2002). Child sexual abuse: psychosocial risk factors. *Journal of Pediatric Health Care*, 16(4), 187-192.
356. Wolfe, D. A. & McIsaac, C. (2011). Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 802-813.
357. Harden, B. J. (2004). Safety and stability for foster children: a developmental perspective. *The Future of Children*, 14(1), 30-47.
358. Ryan, K. M. (2013). Issues of reliability in measuring intimate partner violence during courtship. *Sex Roles*, 69(3), 131-148.
359. Neal, A. M. & Edwards, K. M. (2015). Perpetrators' and victims' attributions for IPV: a critical review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1-29.
360. McDonald, L. (2011). Elder abuse and neglect in Canada: the glass is still half full. *Canadian Journal on Aging*, 30(3), 437-465.
361. Nadan, Y., Spilsbury, J. C. & Korbin, J. E. (2015). Culture and context in understanding child maltreatment: contributions of intersectionality and neighborhood-based research. *Child Abuse & Neglect*, 41, 40-48.
362. Ferrari, A. M. (2002). The impact of culture upon child rearing practices and definitions of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 26(8), 793-813.
363. Harvey, A., Garcia-Moreno, C. and Butchart, A. (2006). Primary prevention of intimate-partner violence and sexual violence: background paper for WHO expert meeting May 2-3, 2007. (World Health Organization).
364. Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S., Caetano Vaeth, P. A. & Harris, T. R. (2007). Acculturation stress, drinking, and intimate partner violence among Hispanic couples in the U.S. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(11), 1431-1447.
365. Kimber, M., Henriksen, C. A., Davidov, D. M., Goldstein, A. L., Pitre, N. Y., Tonmyr, L. & Afifi, T. O. (2015). The association between immigrant generational status, child maltreatment history and intimate partner violence (IPV): evidence from a nationally representative survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1135-1144.
366. United Nations Children's Fund. (2014). Hidden in plain sight - a statistical analysis of violence against children. (UNICEF).
367. Dong, X. Q. (2015). Elder abuse: systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1214-1238.
368. Sebre, S., Sprugevica, I., Novotni, A., Bonevski, D., Pakalniskiene, V., Popescu, D., Turchina, T., Friedrich, W. & Lewis, O. (2004). Cross-cultural comparisons of child-reported emotional and physical abuse: rates, risk factors and psychosocial symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 28(1), 113-127.
369. Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. & 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.
370. Cauffman, E., Feldman, S. S., Jensen, L. A. & Arnett, J. J. (2000). The (un)acceptability of violence against peers and dates. *Journal of Adolescent Research*, 15(6), 652-673.
371. Pornari, C. D., Dixon, L. & Humphreys, G. W. (2013). Systematically identifying implicit theories in male and female intimate partner violence perpetrators. *Aggression and Violent Behavior*, 18(5), 496-505.

372. Dunlap, E., Golub, A. W., Johnson, B. D. & Benoit, E. (2009). Normalization of violence: experiences of childhood abuse by inner-city crack users. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8(1), 15-34.
373. Wood, J. T. (2001). The normalization of violence in heterosexual romantic relationships: women's narratives of love and violence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 18(2), 239-261.
374. Freisthler, B., Needell, B. & Gruenewald, P. J. (2005). Is the physical availability of alcohol and illicit drugs related to neighborhood rates of child maltreatment? *Child Abuse & Neglect*, 29(9), 1049-1060.
375. Freisthler, B., Holmes, M. R. & Price Wolf, J. (2014). The dark side of social support: understanding the role of social support, drinking behaviors and alcohol outlets for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 38(6), 1106-1119.
376. Beyer, K., Wallis, A. B. & Hamberger, L. K. (2015). Neighborhood environment and intimate partner violence: a systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(1), 16-47.
377. Coulton, C. J., Crampton, D. S., Irwin, M., Spilsbury, J. C. & Korbin, J. E. (2007). How neighborhoods influence child maltreatment: a review of the literature and alternative pathways. *Child Abuse & Neglect*, 31(11-12), 1117-1142.
378. Freisthler, B., Merritt, D. H. & LaScala, E. A. (2006). Understanding the ecology of child maltreatment: a review of the literature and directions for future research. *Child Maltreatment*, 11(3), 263-280.
379. Gracia, E. & Musitu, G. (2003). Social isolation from communities and child maltreatment: a cross-cultural comparison. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 153-168.
380. Elder, G. (2001). Life course: sociological aspects. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, 13.
381. Settersten, R. A. (2003). Age structuring and the rhythm of the life course. In *Handbook of the Life Course*, (pp. 81-98). [Mortimer, J. T. & Shanahan, M. J. (Eds.)]. (Boston, MA: Springer US).
382. Logan-Green, P., Nurius, P. S., Hooven, C. & Thompson, E. A. (2015). Life course associations between victimization and aggression: distinct and cumulative contributions. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 32(3), 269-279.
83. Nurius, P. S., Green, S., Logan-Greene, P. & Borja, S. (2015). Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: a stress process analysis. *Child Abuse & Neglect*, 45, 143-153.
384. Ouellet-Morin, I., Fisher, H. L., York-Smith, M., Fincham-Campbell, S., Moffitt, T. E. & Arseneault, L. (2015). Intimate partner violence and new-onset depression: a longitudinal study of women's childhood and adult histories of abuse. *Depression and Anxiety*, 32(5), 316-324.
385. Friedman, E. & Billick, S.B. (2015). Unintentional child neglect: literature review and observational study. *The Psychiatric Quarterly*, 86(2), 253-259.
386. Schnitzer, P.G. & Ewigman, B.G. (2008). Household composition and fatal unintentional injuries related to child maltreatment. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(1), 91-97.
387. Turner, H.A., Finkelhor, D., Ormrod, R. (2007). Family structure variations in patterns and predictors of child victimization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 282-295.
388. Afifi, T.O., Boman, J., Fleisher, W., & Sareen, J. (2009). The relationships between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 139-147.
389. Oliver, W.J., Kuhns, L.R., Pomeranz, E.S. (2006). Family structure and child abuse. *Clinical Pediatrics*, 45(2), 111-118.
390. Jaffe, P., Scott, K., Jenney, A., Dawson, M., Straatman, A.L., & Campbell, M. (2014). Les facteurs de risqué pour les enfants exposés à la violence familiale dans le contexte de la séparation ou du divorce. (Justice Canada).
391. Khan, R. & Rogers, P. (2015). The normalization of sibling violence: does gender and personal experience of violence influence perceptions of physical assault against siblings? *Journal of Interpersonal Violence*, 30(3), 437-458.
392. Recchia, H., Wainryb, C. & Pasupathi, M. (2013). "Two for flinching": children's and adolescents' narrative accounts of harming their friends and siblings. *Child Development*, 84(4), 1459-1474.
393. Tucker, C. J., Finkelhor, D., Turner, H. & Shattuck, A. M. (2013). Association of sibling aggression with child and adolescent mental health. *Pediatrics*, 132(1), 79-84.
394. Wolke, D. & Skew, A. J. (2012). Bullying among siblings. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 24, 17-25.

Perspective axée sur le parcours de vie

395. Wolke, D., Tippet, N. & Dantchev, S. (2015). Bullying in the family: sibling bullying. *The Lancet Psychiatry*, 2(10), 917-929.
396. Greenwood, M., de Leeuw, S. & Fraser, T. N. (2007). Aboriginal children and early childhood development and education in Canada: linking the past and the present to the future. *Canadian Journal of Native Education*, 30(1), 5-190.
397. Greenwood, M. L. & de Leeuw, S. N. (2012). Social determinants of health and the future well-being of Aboriginal children in Canada. *Paediatrics & Child Health*, 17(7), 381-384.
398. Kennair, N. & Mellor, D. (2007). Parent abuse: a review. *Child Psychiatry and Human Development*, 38(3), 203-219.
399. Ibabe, I. & Bentler, P. M. (2016). The contribution of family relationships to child-to-parent violence. *Journal of Family Violence*, 31(2), 259-269.
400. Ibabe, I., Jaureguizar, J. & Bentler, P. M. (2013). Risk factors for child-to-parent violence. *Journal of Family Violence*, 28(5), 523-534.
401. Craig, W. & Pepler, D. (2014). Trends in healthy development and healthy relationships - trend analysis of Canadian data from the Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) survey from 2002, 2006, and 2010. (Agence de la santé publique du Canada).
402. Giordano, P. C., Manning, W. D., Longmore, M. A. & Flanigan, C. M. (2012). Developmental shifts in the character of romantic and sexual relationships from adolescence to young adulthood. In *Early Adulthood in a Family Context*, (pp. 133-164). [Booth, A., Brown, L. S., Landale, S. N., Manning, D. W. & McHale, M. S. (Eds.)]. (New York, NY: Springer New York).
403. Agence de la santé publique du Canada. (2006). *La violence dans les fréquentations*. (Agence de la santé publique du Canada).
404. Ellis, W. E. & Wolfe, D. A. (2015). Bullying predicts reported dating violence and observed qualities in adolescent dating relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(17), 3043-3064.
405. Foshee, V. A., Benefield, T. S., McNaughton Reyes, H. L., Eastman, M., Vivolo-Kantor, A. M., Basile, K. C., Ennett, S. T. & Faris, R. (2016). Examining explanations for the link between bullying perpetration and physical dating violence perpetration: do they vary by bullying victimization? *Aggressive Behavior*, 42(1), 66-81.
406. Foshee, V. A., McNaughton Reyes, H. L., Vivolo-Kantor, A. M., Basile, K. C., Chang, L. Y., Faris, R. & Ennett, S. T. (2014). Bullying as a longitudinal predictor of adolescent dating violence. *Journal of Adolescent Health*, 55(3), 439-444.
407. Daoud, N., Urquia, M. L., O'Campo, P., Heaman, M., Janssen, P. A., Smylie, J. & Thiessen, K. (2012). Prevalence of abuse and violence before, during, and after pregnancy in a national sample of Canadian women. *American Journal of Public Health*, 102(10), 1893-1901.
408. Kingston, D., Heaman, M., Urquia, M., O'Campo, P., Janssen, P., Thiessen, K. & Smylie, J. (2016). Correlates of abuse around the time of pregnancy: results from a national survey of Canadian women. *Maternal and Child Health Journal*, 20(4), 778-789.
409. Alhusen, J. L., Ray, E., Sharps, P. & Bullock, L. (2015). Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *Journal of Women's Health*, 24(1), 100-106.
410. Donovan, B. M., Spracklen, C. N., Schweizer, M. L., Ryckman, K. K. & Saftlas, A. F. (2016). Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(8), 1289-1299.
411. Hill, A., Pallitto, C., McCleary-Sills, J. & Garcia-Moreno, C. (2016). A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 133(3), 269-276.
412. Urquia, M. L., O'Campo, P. J., Heaman, M. I., Janssen, P. A. & Thiessen, K. R. (2011). Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: An analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(1), 1-9.
413. Myhill, A. (2015). Measuring coercive control: what can we learn from national population surveys? *Violence Against Women*, 21(3), 355-375.
414. Capaldi, D. M. & Kim, H. K. (2007). Typological approaches to violence in couples: a critique and alternative conceptual approach. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 253-265.
415. Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. *Journal of Marriage and Family*, 57(2), 283-294.

416. Straus, M. A. (2015). Dyadic concordance and discordance in family violence: a powerful and practical approach to research and practice. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 83-94.
417. Feder, G. & MacMillan, H. L. (2015). Intimate partner violence. In *Goldman Cecil Medicine*, 25th Edition, (pp. 1629-1633). [Goldman L. & Schafer, A.I.(Eds.)]. (Elsevier Saunders).
418. Temple, J. R., Weston, R. & Marshall, L. L. (2005). Physical and mental health outcomes of women in nonviolent, unilaterally violent, and mutually violent relationships. *Violence and Victims*, 20(3), 335-359.
419. Ulloa, E. C. & Hammett, J. F. (2016). The effect of gender and perpetrator-victim role on mental health outcomes and risk behaviors associated with intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(7), 1184-1207.
420. Bohnert, N., Chagnon, J. & Dion, P. (2015). Projections démographiques pour le Canada (2013 à 2063), les provinces et les territoires (2013 à 2038). (Statistique Canada).
421. Sinha, M. (2013). Mettre l'accent sur les Canadiens : résultats de l'Enquête sociale générale - portrait des aidants familiaux, 2012. (Statistique Canada).
422. Ayalon, L., Lev, S., Green, O. & Nevo, U. (2016). A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment. *Age and Ageing*, 45(2), 216-227.
423. MacMillan, H. L. & Wathen, C. N. (2014). Research brief: interventions to prevent child maltreatment March 2014. (PreVAiL: Preventing Violence Across the Lifespan Research Network).
424. Wathen, C. N. & Macmillan, H. (2014). Research brief: identifying and responding to intimate partner violence against women. (London, Ontario): (PreVAiL: Preventing Violence Across the Lifespan Research Network).
425. Dugan, L., Nagin, D. S. & Rosenfeld, R. (2003). Exposure reduction or retaliation? The effects of domestic violence resources on intimate-partner homicide. *Law & Society Review*, 37(1), 169-198.
426. Iyengar, R. (2007). Does the certainty of arrest reduce domestic violence? Evidence from mandatory and recommended arrest laws. National Bureau of Economic Research Working Paper Series, 13186.
427. Maxwell, C. D., Garner, J. H. & Fagan, J. A. (2002). The preventive effects of arrest on intimate partner violence: research, policy, and theory. *Criminology & Public Policy*, 2(1), 51-80.
428. McPhedran, S. & Mauser, G. (2013). Lethal fire-arm-related violence against Canadian women: did tightening gun laws have an impact on women's health and safety? *Violence and Victims*, 28(5), 875-883.
429. Vigdor, E. R. & Mercy, J. A. (2006). Do laws restricting access to firearms by domestic violence offenders prevent intimate partner homicide? *Evaluation Review*, 30(3), 313-346.
430. Zeoli, A. M. & Webster, D. W. (2010). Effects of domestic violence policies, alcohol taxes and police staffing levels on intimate partner homicide in large U.S. Cities. *Injury prevention: Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 16(2), 90-95.
431. Ellsberg, M., Arango, D. J., Morton, M., Gennari, F., Kiplesund, S., Contreras, M. & Watts, C. (1918). Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *The Lancet*, 385(9977), 1555-1566.
432. Ministère de la Justice. (2016-01-04). Droit criminel et contrôle du comportement d'un enfant. (Justice Canada).
433. Agence de la santé publique du Canada et Ministère de la Justice Canada. (2015). Brochure - pourquoi faut-il éviter de donner la fessée? (Agence de la santé publique du Canada).
434. Ministère de la Justice Canada. (2015). *La maltraitance des enfants est inacceptable : Que puis-je faire?* (Justice Canada).
435. Ministère de la Justice Canada (2015). Les lois sur la violence familiale. (Justice Canada).
436. Mathews, B. & Kenny, M. C. (2008). Mandatory reporting legislation in the United States, Canada, and Australia: a cross-jurisdictional review of key features, differences, and issues. *Child Maltreatment*, 13(1), 50-63.
437. Mathews, B., Lee, X. J. & Norman, R. E. (2016). Impact of a new mandatory reporting law on reporting and identification of child sexual abuse: a seven year time trend analysis. *Child Abuse & Neglect*, 56, 62-79.
438. Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D. & MacMillan, H. L. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*, 373(9658), 167-80.

Prévention de la violence familiale

439. Wells, L., Claussen, C. & Sandham, S. (2012). Surveying the landscape: domestic violence plans from around the world. (Shift: The Project to End Domestic Violence).
440. Poole, M. K., Seal, D. W. & Taylor, C. A. (2014). A systematic review of universal campaigns targeting child physical abuse prevention. *Health Education Research*, 29(3), 388-432.
441. Peterson, K., Sharps, P., Banyard, V., Powers, R. A., Kaukinen, C., Gross, D., Decker, M. R., Baatz, C. & Campbell, J. (2016). An evaluation of two dating violence prevention programs on a college campus. *Journal of Interpersonal Violence*.
442. Borsky, A. E., McDonnell, K., Turner, M. M. & Rimal, R. (2016). Raising a red flag on dating violence: evaluation of a low-resource, college-based bystander behavior intervention program. *Journal of Interpersonal Violence*.
443. Coker, A. L., Bush, H. M., Fisher, B. S., Swan, S. C., Williams, C. M., Clear, E. R. & DeGue, S. (2016). Multi-college bystander intervention evaluation for violence prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 295-302.
444. Storer, H. L., Casey, E. & Herrenkohl, T. (2016). Efficacy of bystander programs to prevent dating abuse among youth and young adults: a review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(3), 256-269.
445. Wells, L., Koziy, L. & Ferguson, J. (2012). Engaging the news media to influence attitudes, norms and behaviours and reduce the rates of domestic violence. (Shift: The Project to End Domestic Violence).
446. Gillespie, L. K., Richards, T. N., Givens, E. M. & Smith, M. D. (2013). Framing deadly domestic violence: why the media's spin matters in newspaper coverage of femicide. *Violence Against Women*, 19(2), 222-245.
447. Bullock, C. F. & Cubert, J. (2002). Coverage of domestic violence fatalities by newspapers in Washington State. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(5), 475-499.
448. Carlyle, K. E., Slater, M. D. & Chakroff, J. L. (2008). Newspaper coverage of intimate partner violence: skewing representations of risk. *Journal of Communication*, 58(1), 168-186.
449. Carlyle, K. E., Scarduzio, J. A. & Slater, M. D. (2014). Media portrayals of female perpetrators of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(13), 2394-2417.
450. Lloyd, M. & Ramon, S. (2016). Smoke and mirrors: U.K. newspaper representations of intimate partner domestic violence. *Violence Against Women*.
451. Richards, T. N., Gillespie, L. K. & Smith, M. D. (2011). Exploring news coverage of femicide: does reporting the news add insult to injury? *Feminist Criminology*, 6(3), 178-202.
452. Roberto, K. A., McCann, B. R. & Brossoie, N. (2013). Intimate partner violence in late life: an analysis of national news reports. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25(3), 230-241.
453. Wozniak, J. A. & McCloskey, K. A. (2010). Fact or fiction? Gender issues related to newspaper reports of intimate partner homicide. *Violence Against Women*, 16(8), 934-952.
454. Weldon, S. L. & Htun, M. (2013). Feminist mobilisation and progressive policy change: why governments take action to combat violence against women. *Gender & Development*, 21(2), 231-247.
455. Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S. & Shlonsky, A. (2015). School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,(4).
456. Vladutiu, C. J., Martin, S. L. & Macy, R. J. (2011). College- or university-based sexual assault prevention programs: a review of program outcomes, characteristics, and recommendations. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(2), 67-86.
457. Banyard, V. L. (2014). Improving college campus based prevention of violence against women: a strategic plan for research built on multipronged practices and policies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(4), 339-351.
458. Langhinrichsen-Rohling, J. & Capaldi, D. M. (2012). Clearly we've only just begun: developing effective prevention programs for intimate partner violence. *Prevention Science*, 13(4), 410-414.
459. Vanderende, K. E., Yount, K. M., Dynes, M. M. & Sibley, L.M. (2012). Community-level correlates of intimate partner violence against women globally: a systematic review. *Social Science & Medicine*, 75(7), 1143-1155.
460. Aiyer, S. M., Zimmerman, M. A., Morrel-Samuels, S. & Reischl, T. M. (2015). From broken windows to busy streets: a community empowerment perspective. *Health Education & Behavior*, 42(2), 137-147.
461. Ungar, M. (2011). Community resilience for youth and families: facilitative physical and social capital in contexts of adversity. *Children and Youth Services Review*, 33(9), 1742-1748.

462. Culross, P., Cohen, L., Wolfe, A. & Ruby, J. (2006). *Creating safe environments: violence preventions strategies and programs*. (Oakland, California: Prevention Institute).
463. Feinberg, M. E., Solmeyer, A. R., Hostetler, M. L., Sakuma, K. L., Jones, D. & McHale, S. M. (2013). Siblings Are Special: initial test of a new approach for preventing youth behavior problems. *Journal of Adolescent Health, 53*(2), 166-173.
464. Altafim, E. R. P. & Linhares, M. B. M. (2016). Universal violence and child maltreatment prevention programs for parents: a systematic review. *Psychosocial Intervention, 25*(1), 27-38.
465. Klevens, J. & Whitaker, D. J. (2007). Primary prevention of child physical abuse and neglect: gaps and promising directions. *Child Maltreatment, 12*(4), 364-377.
466. Reynolds, A. J., Mathieson, L. C. & Topitzes, J. W. (2009). Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research. *Child Maltreatment*.
467. Olds, D. L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science, 3*(3), 153-172.
468. Robling, M., Bekkers, M. J., Bell, K., Butler, C. C., Cannings-John, R., Channon, S., Martin, B. C., Gregory, J. W., Hood, K., Kemp, A., Kenkre, J., Montgomery, A. A., Moody, G., Owen-Jones, E., Pickett, K., Richardson, G., Roberts, Z. E. S., Ronaldson, S., Sanders, J., Stamuli, E. & Torgerson, D. (2009). Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet, 387*(10014), 146-155.
469. Mejdoubi, J., van den Heijkant, S. C. C. M., van Leerdam, F. J. M., Heymans, M. W., Crijnen, A. & Hirasings, R. A. (2015). The effect of VoorZorg, the Dutch Nurse-Family Partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. *PLoS One, 10*(4), 1-14.
470. Jack, S. M., Catherine, N., Gonzalez, A., MacMillan, H. L., Sheehan, D. & Waddell, D. (2015). Adaptation, mise à l'épreuve et évaluation d'interventions complexes en santé publique : leçons tirées du Nurse-Family Partnership dans le secteur de la santé publique du Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada, 35*(8-9), 151-159.
471. Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology, 22*(4), 506-517.
472. Sanders, M. R., Ralph, A., Sofronoff, K., Gardiner, P., Thompson, R., Dwyer, S. & Bidwell, K. (2008). Every family: a population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. *The Journal of Primary Prevention, 29*(3), 197-222.
473. Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J. & Lutzker, J. R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple P System population trial. *Prevention Science, 10*(1), 1-12.
474. Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J. & Lutzker, J. R. (2016). Addendum to population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple P system population trial. *Prevention Science, 17*(3), 410-416.
475. Zemp, M., Milek, A., Davies, P. T. & Bodenmann, G. (2016). Improved child problem behavior enhances the parents' relationship quality: a randomized trial. *Journal of Family Psychology*.
476. Bodenmann, G., Cina, A., Ledermann, T. & Sanders, M. R. (2008). The efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program in improving parenting and child behavior: a comparison with two other treatment conditions. *Behaviour Research and Therapy, 46*(4), 411-427.
477. Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mak, R. & Lau, J. (2003). An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process, 42*(4), 531-544.
478. Matsumoto, Y., Sofronoff, K. & Sanders, M. R. (2010). Investigation of the effectiveness and social validity of the Triple P Positive Parenting Program in Japanese society. *Journal of Family Psychology, 24*(1), 87-91.
479. MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Barlow, J., Fergusson, D. M., Leventhal, J. M. & Taussig, H. N. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet, 373*(9659), 250-266.
480. Lundgren, R. & Amin, A. (2015). Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *Journal of Adolescent Health, 56*(Suppl 1), S42-S50.
481. Fellmeth, G. L. T., Heffernan, C., Nurse, J., Habibula, S. & Sethi, D. (2013). Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults. *Campbell Systematic Reviews, 14*.

482. De Koker, P., Mathews, C., Zuch, M., Bastien, S. & Mason-Jones, A. J. (2014). A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence. *Journal of Adolescent Health, 54*(1), 3-13.
483. Leen, E., Sorbring, E., Mawer, M., Holdsworth, E., Helsing, B. & Bowen, E. (2013). Prevalence, dynamic risk factors and the efficacy of primary interventions for adolescent dating violence: An international review. *Aggression and Violent Behavior, 18*(1), 159-174.
484. De La Rue, L., Polanin, J. R., Espelage, D. L. & Pigott, T. D. (2016). A meta-analysis of school-based interventions aimed to prevent or reduce violence in teen dating relationships. *Review of Educational Research.*
485. Foshee, V. A., Bauman, K. E., Greene, W. F., Koch, G. G., Linder, G. F. & MacDougall, J. E. (2000). The Safe Dates program: 1-year follow-up results. *American Journal of Public Health, 90*(10), 1619-1622.
486. Foshee, V. A., Bauman, K. E., Ennett, S. T., Linder, G. F., Benefield, T. & Suchindran, C. (2004). Assessing the long-term effects of the Safe Dates Program and a booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration. *American Journal of Public Health, 94*(4), 619-624.
487. Foshee, V. A., Reyes, L. M., Agnew-Brune, C. B., Simon, T. R., Vagi, K. J., Lee, R. D. & Suchindran, C. (2014). The effects of the evidence-based Safe Dates dating abuse prevention program on other youth violence outcomes. *Prevention Science, 15*(6), 907-916.
488. Crooks, C., Wolfe, D. A., Hughes, R., Jaffe, P. G. & Chiodo, D. (2008). Development, evaluation and national implementation of a school-based program to reduce violence and related risk behaviours: lessons from the Fourth R. *IPC Review, 2*, 109-135.
489. Wolfe, D. A., Wekerle, C., Scott, K., Straatman, A. L., Grasley, C. & Reitzel-Jaffe, D. (2003). Dating violence prevention with at-risk youth: a controlled outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(2), 279-291.
490. Bradford, A. B., Hawkins, A. J. & Acker, J. (2015). If we build it, they will come: exploring policy and practice implications of public support for couple and relationship education for lower income and relationally distressed couples. *Family Process, 54*(4), 639-654.
491. Dunford, F. W. (2000). The San Diego Navy experiment: an assessment of interventions for men who assault their wives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 468-476.
492. Axelsen, S. F., Brixval, C. S., Due, P. & Koushede, V. (2014). Integrating couple relationship education in antenatal education: a study of perceived relevance among expectant Danish parents. *Sexual & Reproductive Healthcare, 5*(4), 174-175.
493. Halford, W. K. & Bodenmann, G. (2013). Effects of relationship education on maintenance of couple relationship satisfaction. *Clinical Psychology Review, 33*(4), 512-525.
494. Halford, W. K., Petch, J. & Creedy, D. K. (2010). Promoting a positive transition to parenthood: a randomized clinical trial of couple relationship education. *Prevention Science, 11*(1), 89-100.
495. Halford, W., Pepping, C. A., Hilpert, P., Bodenmann, G., Wilson, K. L., Busby, D., Larson, J. & Holman, T. (2015). Immediate effect of couple relationship education on low-satisfaction couples: a randomized clinical trial plus an uncontrolled trial replication. *Behavior Therapy, 46*(3), 409-421.
496. Rhoades, G. K. (2015). The effectiveness of the within our reach relationship education program for couples: findings from a federal randomized trial. *Family Process, 54*(4), 672-685.
497. O'Leary, K. D. & Slep, A. M. S. (2012). Prevention of partner violence by focusing on behaviors of both young males and females. *Prevention Science, 13*(4), 329-339.
498. Dong, X. Q., Chen, R. & Simon, M. A. (2014). Elder abuse and dementia: a review of the research and health policy. *Health Affairs, 33*(4), 642-649.
499. Shea, B., Nahwegahbow, A. & Andersson, N. (2010). Reduction of family violence in Aboriginal communities: a systematic review of interventions and approaches. *Pimatisiwin, 8*(2), 35-60.
500. Barr, R. G., Rivara, F. P., Barr, M., Cummings, P., Taylor, J., Lengua, L. J. & Meredith-Benitz, E. (2009). Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying and shaken-baby syndrome in mothers of newborns: a randomized, controlled trial. *Pediatrics, 123*(3), 972.
501. Barr, R. G., Barr, M., Fujiwara, T., Conway, J., Catherine, N. & Brant, R. (2009). Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal, 180*(7), 727-733.

502. Fujiwara, T., Yamada, F., Okuyama, M., Kamimaki, I., Shikoro, N. & Barr, R. G. (2012). Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome: a replication of a randomized controlled trial in Japan. *Child Abuse & Neglect*, 36(9), 613-620.
503. Zolotor, A. J., Runyan, D. K. & Shanahan, M. (2015). Effectiveness of a statewide abusive head trauma prevention program in North Carolina. *JAMA Pediatrics*, 169(12), 1126-1131.
504. Cooper, M. & Wells, L. (2014). Preventing child maltreatment: a critical strategy for stopping intimate partner violence in the next generation. (Shift: The Project to End Domestic Violence).
505. Espelage, D. L., Low, S., Polanin, J. R. & Brown, E. C. (2013). The impact of a middle school program to reduce aggression, victimization, and sexual violence. *Journal of Adolescent Health*, 53(2), 180-186.
506. Saarento, S., Boulton, A. J. & Salmivalli, C. (2015). Reducing bullying and victimization: student- and classroom-level mechanisms of change. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(1), 61-76.
507. Trip, S., Bora, C., Sipos-Gug, S., Tocai, I., Gradinger, P., Yanagida, T. & Strohmeier, D. (2015). Bullying prevention in schools by targeting cognitions, emotions, and behavior: evaluating the effectiveness of the REBE-ViSC program. *Journal of Counseling Psychology*, 62(4), 732-740.
508. Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S. & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052-1060.
509. Lindo, E. J., Kliemann, K. R., Combes, B. H. & Frank, J. (2016). Managing stress levels of parents of children with developmental disabilities: a meta-analytic review of interventions. *Family Relations*, 65(1), 207-224.
510. Hu, C., Kung, S., Rummans, T. A., Clark, M. M. & Lapid, M. I. (2015). Reducing caregiver stress with Internet-based interventions: a systematic review of open-label and randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 22(e1), e194-e209.
511. Duggan, A. K., Berlin, L. J., Cassidy, J., Burrell, L. & Tandon, S. D. (2009). Examining maternal depression and attachment insecurity as moderators of the impacts of home visiting for at-risk mothers and infants. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 788-799.
512. Easterbrooks, M. A., Bartlett, J. D., Raskin, M., Goldberg, J., Contreras, M. M., Kotake, C., Chaudhuri, J. H. & Jacobs, F. H. (2013). Limiting home visiting effects: maternal depression as a moderator of child maltreatment. *Pediatrics*, 132(Supplement 2), S126-S133.
513. McFarlane, E., Burrell, L., Crowne, S., Cluxton-Keller, F., Fuddy, L., Leaf, P. J. & Duggan, A. (2013). Maternal relationship security as a moderator of home visiting impacts on maternal psychosocial functioning. *Prevention Science*, 14(1), 25-39.
514. Kearns, M. C., Reidy, D. E. & Valle, L. A. (2015). The role of alcohol policies in preventing intimate partner violence: a review of the literature. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76(1), 21-30.
515. Wilson, I. M., Graham, K. & Taft, A. (2014). Alcohol interventions, alcohol policy and intimate partner violence: a systematic review. *BMC Public Health*, 14, 881.
516. Bourey, C., Williams, W., Bernstein, E. E. & Stephenson, R. (2015). Systematic review of structural interventions for intimate partner violence in low- and middle-income countries: organizing evidence for prevention. *BMC Public Health*, 15(1), 1-18.
517. Dubowitz, H., Feigelman, S., Lane, W. & Kim, J. (2009). Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. *Pediatrics*, 123(3), 858-864.
518. Dubowitz, H., Lane, W. G., Semiatin, J. N. & Magder, L. S. (2012). The SEEK Model of pediatric primary care: can child maltreatment be prevented in a low-risk population? *Academic Pediatrics*, 12(4), 259-268.
519. Dubowitz, H., Lane, W. G., Semiatin, J. N., Magder, L. S., Venepally, M. & Jans, M. (2011). The Safe Environment for Every Kid Model: impact on pediatric primary care professionals. *Pediatrics*, 127(4), e962-e970.