

Inégalités en matière d'expérience négative de l'enfance en Ontario : Une analyse descriptive de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillessement et de l'Enquête sociale générale

Sophie J. Baker
Christine L. Sheppard
Maura Eswaradas

Le Wellesley Institute fait évoluer la santé de la population et atténue les inégalités en matière de santé en engendrant des changements sur les déterminants sociaux de la santé grâce à la recherche appliquée, des solutions politiques efficaces, la mobilisation de la connaissance et l'innovation.

À propos de ce document

Ce rapport est financé par le ministère de la Santé de la province de l'Ontario, subvention n° 739. Les opinions exprimées sont celles du Wellesley Institute et des auteurs et elles ne reflètent pas nécessairement celles de la province. Ce rapport comprend un deuxième document avec du matériel complémentaire.

Auteurs

Sophie J. Baker, Ph. D.

Christine L. Sheppard, Ph. D., MSW

Maura Eswaradas, maîtrise en santé publique

Remerciements

Nous tenons à remercier Hugh McCague, Ph. D., de l'Institute for Social Research de l'Université de York, ainsi que Lady Bolongaita, Ph. D., et Zhen Zhao du Research Data Centre de l'Université de Toronto. Nous remercions également les personnes suivantes du Wellesley Institute pour leur soutien dans l'élaboration et la mise en œuvre de cette recherche : Kwame McKenzie, MD, Brenda Roche, Ph. D., Jesse Rosenberg, JD, et Judy Noordermeer, MA.

Comment citer ce document

Baker, S.J., Sheppard, C.L. et Eswaradas, M. (2025). Inégalités en matière d'expérience négative de l'enfance en Ontario : Une analyse descriptive de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement et de l'Enquête sociale générale. Institut Wellesley.

À propos de l'Enquête sociale générale

Les données de l'Enquête sociale générale de 2019 ont été fournies par Statistique Canada et consultées par le Centre de données de recherche de l'Université de Toronto dans le cadre du Réseau canadien des Centres de données de recherche (RCCDR). Ce service est fourni grâce au soutien de la Fondation canadienne pour l'innovation, des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), du Conseil de recherches en sciences humaines et de Statistique Canada, avec le soutien de l'Université de Toronto. En raison de la nature confidentielle des données, celles-ci ne sont accessibles qu'aux chercheurs qui répondent aux critères d'accès aux microdonnées définis par le RCCDR. Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs.

À propos de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Cette recherche a utilisé les données recueillies dans le cadre de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV). Le financement de l'ÉLCV est assuré par le gouvernement du Canada, par l'entremise des IRSC, sous la forme d'une subvention de référence : LSA 94473 et la Fondation canadienne pour l'innovation, ainsi que les provinces suivantes : Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Québec, Ontario, Manitoba, Alberta et Colombie-Britannique. Cette recherche a été menée à l'aide des ensembles de données suivants de l'ÉLCV : Baseline Tracking Dataset version 4.0, Baseline Comprehensive Dataset version 7.1, Baseline Sample Weights version 1.2, Follow-up 1 Tracking Dataset version 3.1, Follow-up 1 Comprehensive Dataset version 5.0, Follow-up 1 Sample Weights version 1.0, sous le numéro de demande 2407017. L'ÉLCV est dirigée par Parminder Raina, Ph. D., Christina Wolfson, Ph. D., et Susan Kirkland, Ph. D. Les données sont disponibles auprès de l'ÉLCV (www.clsa-elcv.ca) pour les chercheurs qui répondent aux critères d'accès aux données dépersonnalisées de l'ÉLCV. Les opinions exprimées dans ce manuscrit sont celles de l'auteur et ne reflètent pas celles de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement.

Reconnaissance du territoire traditionnel

Nous souhaitons reconnaître le territoire sur lequel le Wellesley Institute exerce ses activités. Pendant des milliers d'années, ce fut le territoire traditionnel des Hurons-Wendats, des Senecas et des Mississaugas de Credit. Aujourd'hui, ce lieu de rencontre est toujours le foyer de nombreux peuples autochtones de l'Île de la Tortue et nous sommes reconnaissants d'avoir la possibilité de travailler sur ce territoire.

Rapport ©
Wellesley Institute 2025

201, rue Gerrard E.
Toronto, ON M5A 2E7

wellesleyinstitute.com

ISBN: 978-1-998595-06-8

Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction | 1 |
| Méthodologie | 3 |
| Sources des données | 3 |
| Définir les ENE | 3 |
| Analyse | 6 |
| Résultats | 7 |
| Caractéristiques de l'échantillon | 7 |
| Prévalence des ENE en Ontario | 8 |
| Les ENE et les caractéristiques sociodémographiques | 9 |
| Les ENE et les facteurs de santé | 14 |
| Les ENE et les facteurs sociaux | 18 |
| Discussion | 22 |
| Les ENE en fonction des facteurs sociodémographiques, sanitaires et sociaux | 24 |
| Orientations politiques | 25 |
| Limitations | 26 |
| Conclusion | 28 |
| Références (en anglais) | 29 |

Introduction

Les expériences négatives de l'enfance (ENE) sont des événements traumatisants et stressants qui se produisent de la naissance à l'adolescence¹. Les personnes ayant vécu des ENE sont plus susceptibles de développer certaines maladies chroniques². Les ENE ont également été associés à des résultats sociaux négatifs à l'âge adulte^{2,3}. Le risque de dégradation de la santé ou des résultats sociaux augmente avec le nombre d'ENE⁴.

Les ENE sont généralement classées en cinq sous-types : maltraitance physique, abus sexuel, maltraitance émotionnelle, négligence et dysfonctionnement du ménage (y compris l'exposition à la violence domestique, la séparation ou le divorce des parents, le décès des parents et la maladie mentale au sein du foyer)⁴. Toutefois, les définitions des ENE et le classement des sous-types varient d'un ouvrage à l'autre². L'exposition à la maltraitance et à la violence domestique est fréquemment étudiée, mais d'autres ENE, comme le décès d'un parent, sont moins souvent incluses.

L'Ontario présente parmi les taux les plus élevés d'ENE au pays⁶, mais il existe une lacune importante dans la compréhension de la répartition des ENE en fonction des facteurs sociodémographiques, sanitaires et sociaux.

Au Canada, la recherche sur la relation entre les ENE et les résultats sanitaires et sociaux reste limitée, en particulier en ce qui concerne l'examen du spectre complet des sous-types d'ENE⁵. La littérature disponible indique que le pourcentage de la population ayant subi des ENE au Canada varie d'un tiers à plus de 60 %, selon l'échantillon⁶⁻⁹. Cependant, les ENE ne sont pas réparties de manière égale dans la population. Par exemple, les femmes sont trois fois plus susceptibles que les hommes d'avoir subi des abus sexuels. En outre, les ENE sont plus fréquentes dans les groupes défavorisés, comme les minorités sexuelles, les personnes à faible revenu et les personnes peu instruites⁶⁻⁹. Ces études ont révélé que les ENE sont liés à une série d'effets négatifs sur la santé physique et mentale.

L'Ontario présente parmi les taux les plus élevés d'ENE au pays⁶, mais il existe une lacune importante dans la compréhension de la répartition des ENE en fonction des facteurs sociodémographiques, sanitaires et sociaux.

Alors que les recherches nationales et internationales antérieures encadrent les ENE dans une perspective axée sur le déficit (c'est-à-dire en examinant les ENE comme un facteur de risque individuel pour de mauvais résultats), la présente étude vise à comprendre comment ces résultats sont façonnés par l'intersection des ENE et des déterminants sociaux et structurels élargis de la santé. À l'aide de deux enquêtes nationales, cette recherche s'appuie sur la littérature existante pour fournir une vision globale du profil des ENE en Ontario et de la manière dont l'exposition aux ENE varie au sein de diverses

populations, y compris les groupes privés d'équité et ceux qui connaissent des résultats négatifs sur le plan social et sanitaire. La contribution unique de cette étude réside dans sa recherche sur les populations qui ont subi un plus grand fardeau d'ENE et sur la façon dont leurs expériences propres aux ENE diffèrent. Cela peut donner des indications sur la manière de bien soutenir les groupes ayant une expérience disproportionnée des ENE et sur les domaines où les réponses politiques devraient être concentrées en matière de prévention, d'atténuation et de soutien à long terme.

Les questions de l'étude sont :

1. En Ontario, quelle est la prévalence de l'ensemble des ENE et selon les sous-types?
2. En quoi l'expérience des ENE diffère selon les caractéristiques sociodémographiques et les facteurs sanitaires et sociaux?

Méthodologie

Sources des données

Cette étude est une analyse secondaire des répondants de l'Ontario de deux ensembles de données canadiennes.

Le premier est l'Enquête sociale générale (ESG) de 2019 de Statistique Canada¹⁰. Il s'agit d'une enquête transversale nationale représentative de la population canadienne âgée de 15 ans et plus conçue pour suivre l'évolution du bien-être des Canadiens et donner un aperçu de certaines questions de politique sociale qui présentent un intérêt actuel ou émergent. L'enquête de 2019 portait sur la sécurité des Canadiens et comprenait une série de questions sur l'exposition aux ENE. L'échantillon de répondants de l'Ontario utilisé dans la présente analyse était n=4 550.

La deuxième est l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV). Il s'agit d'une étude longitudinale sur la santé et le vieillissement, basée sur la population, qui suit un échantillon stratifié de 51 338 Canadiens âgés de 45 à 85 ans au départ¹¹. À ce jour, l'ÉLCV a fait l'objet de trois suivis. La présente étude utilise des données transversales provenant des échantillons de suivi et des échantillons complets au moment de l'enquête de référence (2011-2015) pour recueillir des renseignements sociodémographiques (qui n'ont pas été inclus dans le premier suivi), ainsi qu'au moment du premier suivi (2015-2018), pour examiner l'exposition aux ENE. L'échantillon de répondants ontariens utilisé dans la présente analyse était de n=9 831.

De plus amples détails sur les sources des données se trouvent dans le Supplément 1.

Définir les ENE

Pour les deux ensembles de données, l'exposition aux ENE est évaluée au moyen de versions adaptées du questionnaire sur les expériences de violence vécues pendant l'enfance (QEVE) qui examine la fréquence et la gravité de l'exposition à la maltraitance physique, aux abus sexuels, à la maltraitance émotionnelle, à la négligence et à la violence parentale au cours de l'enfance¹². Le tableau 1 présente le seuil d'exposition pour chaque type d'abus sur la base des critères du QEVE. Une variable composite a été créée, selon laquelle les individus sont classés comme ayant été exposés à des ENE s'ils répondent aux critères d'au moins un des types mentionnés ci-dessus¹².

En plus des cinq types d'abus décrits ci-dessus, l'ÉLCV comprend trois autres questions sur le dysfonctionnement du ménage absentes de l'ESG. Celles-ci comprennent des mesures dichotomiques du divorce ou de la séparation des parents, du décès d'un parent et de la maladie mentale au sein du ménage. Comme ces variables ne figurent pas dans l'ESG et qu'elles ne sont pas systématiquement examinées dans la littérature², elles n'ont

pas été incluses dans la présente étude. Cela facilite la comparaison entre les résultats de l'ESG et de l'ÉLCV et la base de données élargie.

De plus amples informations sur la manière dont les ENE sont définis dans cette étude, y compris les questions utilisées pour évaluer les ENE dans chaque enquête, sont présentées dans le supplément 2.

Tableau 1. Critères de catégorisation de l'exposition aux ENE

| Type d'ENE | Critères |
|----------------------------------|--|
| Maltraitance physique | <ul style="list-style-type: none"> • Claque au visage, à la tête ou aux oreilles trois fois ou plus • Poussé, empoigné, bousculé trois fois ou plus • Coups de pied, coups de poing, étranglement, brûlures ou agressions physiques à une ou plusieurs reprises |
| Abus sexuels | <ul style="list-style-type: none"> • Menacé, touché ou contraint à une activité sexuelle non désirée une ou plusieurs fois |
| Maltraitance émotionnelle | <ul style="list-style-type: none"> • Jurer, dire des choses blessantes ou se sentir indésirable trois fois ou plus |
| Négligence | <ul style="list-style-type: none"> • Besoins essentiels (nourriture, toit) non satisfaits une ou plusieurs fois |
| Violence parentale | <ul style="list-style-type: none"> • Les parents se disent des choses blessantes six fois ou plus • Les parents se frappent ou frappent un autre adulte trois fois ou plus |

Variables

Les caractéristiques sociodémographiques comprennent le groupe d'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, l'état civil, les conditions de vie, le niveau d'éducation, le groupe racial ou ethnique, le lieu de naissance et le revenu de la famille ou du ménage. L'ÉLCV comprend également une variable sur la richesse du ménage et l'ESG des variables permettant de savoir si une personne vit avec un handicap. Dans la mesure du possible, les variables sont codées de la même manière dans tous les ensembles de données afin de faciliter les comparaisons. Les détails de la définition et du codage de chaque variable pour chaque ensemble de données figurent dans le Supplément 3.

Les variables sanitaires et sociales de cette étude sont sélectionnés sur la base de critères couramment utilisés dans la recherche sur la surveillance de la santé¹³. Les variables retenues l'ont été en raison de leur pertinence pour l'examen des effets des ENE sur

l'équité, de leur inclusion dans des documents d'orientation existants (p. ex. la liste de base pour l'analyse de l'équité de Santé Ontario¹⁴) et de leur capacité à mettre en évidence des disparités sociodémographiques, sanitaires et sociales pouvant donner lieu à une action, et à éclairer les politiques et les recherches futures. En plus de cette liste de base, des variables liées aux relations et aux conditions de vie sont incluses en raison de l'importance du soutien social en relation avec les ENE, à la fois en tant que facteur de risque et de protection^{15,16}.

Les indicateurs sont également bien établis dans la base de données probantes et, dans la mesure du possible, ont été recueillis à l'aide d'outils et de méthodes de notation normalisés. Certains indicateurs sont exclus en raison de problèmes de qualité des données, notamment de faibles dénombrements (p. ex. identité transgenre, langue désagrégée, groupes raciaux et ethniques), ce qui limite l'intérêt de l'analyse. Enfin, dans la mesure du possible, les variables sélectionnées peuvent être harmonisées entre l'ESG et l'ÉLCV afin de faciliter la comparaison entre les différentes populations (adultes et personnes âgées) et les différentes méthodes d'enquête. Une brève description des variables utilisées dans chaque ensemble de données est présentée ci-dessous, tandis que les détails sur la façon dont chaque variable est définie et codée sont présentés dans les Suppléments 4 et 5.

Pour l'ESG, les variables comprennent l'auto-évaluation de la santé générale et mentale, ainsi qu'une variété d'indicateurs liés à la revictimisation. Il s'agit notamment d'expériences de criminalité, de cyberintimidation, de discrimination, de violence de la part d'un partenaire intime et de violence de la part d'un ami ou d'un membre de la famille.

Pour l'ÉLCV, les variables comprennent l'auto-évaluation de la santé générale et mentale, la dépression, les maladies physiques et mentales chroniques, la douleur chronique, les déficiences fonctionnelles, les besoins non satisfaits en matière de soins de santé, la solitude, le soutien social et les expériences de maltraitance envers les personnes âgées.

Analyse

Pour chaque ensemble de données, des statistiques descriptives pondérées sont générées afin d'obtenir les caractéristiques sociodémographiques et sanitaires de chaque échantillon et de calculer les estimations de l'exposition aux ENE (globalement et par sous-type). Des tableaux croisés ont ensuite été créés afin d'examiner les expériences d'ENE en fonction des variables sociodémographiques, sanitaires et sociales.

Pour l'ESG, l'analyse a été effectuée au Research Data Centre (RDC) de l'Université de Toronto à l'aide du fichier de microdonnées. Les pondérations d'échantillonnage et les pondérations de la méthode bootstrap fournies par Statistique Canada sont utilisées pour tenir compte du plan d'échantillonnage complexe de l'enquête et faciliter l'obtention d'estimations représentatives de la population. La méthode bootstrap généralisée a permis d'estimer de manière robuste la variabilité de l'échantillonnage.

Pour l'ÉLCV, les poids d'inflation fournis ont été utilisés, ils sont pondérés en fonction de la population et tiennent compte du plan d'enquête stratifié à plusieurs degrés. La linéarisation de la série de Taylor est utilisée pour estimer la variance, et des strates géographiques sont incorporées pour améliorer les estimations de la variance.

La trousse « sondage »¹⁷ dans studio R¹⁸ est utilisée pour l'analyse des deux ensembles de données afin de calculer les pourcentages pondérés, les intervalles de confiance à 95 % et les coefficients de variance (CV). Les CV sont calculés pour évaluer la variabilité de l'échantillonnage et la qualité des estimations¹⁹. Toutes les estimations considérées comme marginales ($0,15 < CV < 0,35$) sont mises en évidence, et tous les CV inacceptables ($> 0,35$) sont éliminés en raison de leur faible précision. De plus amples informations sur la qualité des données, y compris le traitement des données manquantes, figurent dans le supplément 6.

Des intervalles de confiance à 95 % qui ne se chevauchent pas sont considérés comme une indication de différences statistiquement significatives entre les groupes. La section des résultats fait état de toute différence importante entre les groupes - définis par des caractéristiques sociodémographiques, sanitaires ou sociales - en matière d'exposition à un ENE et à des sous-types d'ENE.

L'analyse de l'ESG est exemptée de l'évaluation du comité d'éthique de la recherche, car elle s'appuie exclusivement sur des informations accessibles au public par le biais d'un mécanisme défini par la législation et la réglementation en vigueur. L'analyse des données de l'ÉLCV est approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université métropolitaine de Toronto (REB #2024-291).

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques sociodémographiques des échantillons de l'ESG et de l'ÉLCV sont présentées dans le Supplément 7 (Tableau 3). Par ailleurs, les statistiques descriptives de chaque variable sociale et de santé de l'ESG et de l'ÉLCV utilisées dans cette analyse sont présentées dans le Supplément 7 (Tableaux 4 et 5).

L'échantillon de l'ESG compte 4 550 répondants de l'Ontario. La répartition par âge de l'échantillon est équilibrée. Le groupe d'âge le plus important est celui des 25-34 ans (17,3 %), tandis que le groupe le moins important est celui des personnes âgées de 75 ans ou plus (8,4 %). Les hommes (49 %) et les femmes (51 %) sont représentés de manière presque égale. Un tiers des répondants déclarent un handicap.

La plupart des répondants à l'ESG se disent hétérosexuels (96 %), 4 % d'entre eux se déclarant gais, lesbiennes, bisexuels ou d'une autre orientation sexuelle. La majorité (59,2 %) sont également mariés ou vivent en union libre, ou sont célibataires ou n'ont jamais été mariés (28,6 %). Un sous-ensemble (11,7 %) vit seul.

Les niveaux d'éducation varient : 53 % ont obtenu un certificat d'une école de métier, un diplôme d'études supérieures ou un baccalauréat. Seuls 12 % ont un niveau supérieur à celui du baccalauréat. La répartition des revenus des ménages est importante, 46,8 % d'entre eux gagnent plus de 100 000 \$ par an. Les autres gagnent moins, dont 5,3 % avec des revenus inférieurs à 20 000 \$ par an.

Près des deux tiers des répondants sont nés au Canada, tandis que 36,3 % sont nés à l'étranger. Un tiers des répondants se déclarent racialisés, c'est-à-dire asiatiques de l'Est (9,5 %), asiatiques du Sud (8,8 %), asiatiques du Sud-Est (4,5 %), noirs (3,6 %), moyen-orientaux (2,3 %) ou d'un autre groupe racial ou ethnique (3,3 %).

L'échantillon de l'ÉLCV comprend 9 831 répondants de l'Ontario, dont un quart dans la tranche d'âge la plus jeune (45-54 ans) et 15,6 % dans la plus âgée (75 ans ou plus). Il y avait légèrement plus de femmes (52,3 %) que d'hommes (47,7 %).

L'échantillon est majoritairement hétérosexuel (97,6 %) et marié ou en union libre (75,7 %). Seuls 15,9 % d'entre eux vivent seuls. Les répondants de l'ÉLCV sont également très instruits, 69,6 % d'entre eux ayant obtenu un certificat d'une école de métier, un diplôme d'études collégiales ou un baccalauréat, et 13,2 % ayant obtenu plus qu'un baccalauréat. La répartition des revenus des ménages est également importante, 38,4 % d'entre eux gagnent plus de 100 000 \$ par an. Seuls 4,4 % des ménages ont un revenu inférieur à 20 000 \$. La richesse des ménages varie également : 51,7 % d'entre eux disposent d'une épargne et d'investissements d'une valeur totale comprise entre 100 000 \$ et 999 999 \$,

9,6 % disposent d'un million ou plus, tandis qu'un quart d'entre eux disposent de moins de 50 000 \$.

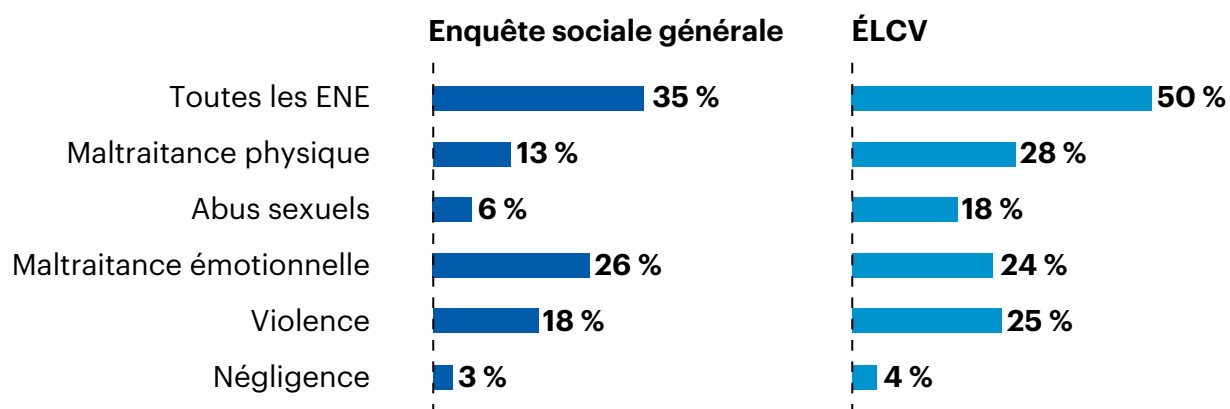
La plupart des répondants de l'ÉLCV sont nés au Canada (80,2 %) et ne se sont pas déclarés racialisés (93,7 %). En raison de la petite taille de l'échantillon de répondants racialisés, il est impossible d'effectuer des analyses ventilées par groupe racial ou ethnique.

Prévalence des ENE en Ontario

Le pourcentage de personnes ayant déclaré un quelconque ENE est de 35 % dans l'ESG et de 50 % dans l'ÉLCV (voir la figure 1). Pour les pourcentages et les intervalles de confiance à 95 % pour tout ENE et les sous-types d'ENE, voir le Supplément 7 (tableau 6). Dans les deux ensembles de données, la négligence est la moins fréquente et la violence psychologique est signalée par un quart des répondants. Les autres sous-types de maltraitance présentent d'importantes variations entre les deux ensembles de données, l'échantillon de l'ÉLCV faisant état de prévalences plus élevées que celles rapportées dans l'ESG.

Dans l'ESG, des questions supplémentaires sont posées sur le lieu de l'incident le plus grave de violence physique et d'abus sexuel. Dans le cas de la violence physique, la plupart des répondants indiquent qu'elle s'est produite à l'intérieur ou à proximité de la maison familiale, du véhicule ou de la propriété de vacances (85 %). En ce qui concerne les abus sexuels, ils se sont plus souvent produits dans d'autres lieux (57 %), tels que la maison de l'agresseur ou une autre propriété, une autre résidence privée, l'école ou un espace public ou commercial tel qu'un parc, un centre commercial ou un restaurant.

Figure 1. Prévalence des ENE en Ontario



Les ENE et les caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 2 présente la prévalence des ENE au sein de différents groupes sociodémographiques par ensemble de données. Les résultats ventilés par sous-types d'ENE sont présentés dans le Supplément 7 (tableaux 8 et 9). Dans tous les groupes sociodémographiques, l'exposition aux ENE est supérieure dans l'échantillon de l'ÉLCV par rapport à l'échantillon de l'ESG.

Sexe : Dans les deux ensembles de données, l'exposition déclarée aux ENE est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. En ce qui concerne les différences entre les sous-types d'ENE, l'ESG montre que les femmes déclarent une plus grande exposition aux abus sexuels (9,0 % contre 2,9 %) et à la violence psychologique (29,2 % contre 21,6 %). Dans l'ÉLCV, la violence physique est plus élevée chez les hommes (31,0 %) que chez les femmes (24,8 %), mais l'inverse est vrai pour la violence sexuelle (27,1 % chez les femmes contre 7,8 % chez les hommes), la violence psychologique (27,0 % contre 20,5 %) et la violence parentale (27,3 % contre 21,9 %).

Âge : Dans l'ensemble, les ENE sont moins fréquents chez les personnes âgées de 75 ans et plus que dans les groupes plus jeunes, et ce de manière constante dans les deux ensembles de données. Dans l'ESG, les personnes âgées de 65 ans ou plus déclarent des taux plus faibles de violence psychologique (20,3 %) que les personnes âgées de 15 à 34 ans (27,4 %) et de 35 à 64 ans (26,4 %). En revanche, les abus sexuels sont plus fréquents chez les 65 ans et plus que chez les 15 à 34 ans (8,0 % contre 2,8 %). Ce dernier chiffre doit cependant être interprété avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage. Dans l'ÉLCV, la tranche d'âge la plus âgée (75 ans et plus) signale moins de violences physiques (19,8 %) que toutes les autres tranches d'âge (de 27,2 % à 33,9 %). Il en va de même pour la violence psychologique, qui est de 11,2 % chez les 75 ans et plus, par rapport aux groupes d'âge plus jeunes (de 23,7 à 30,5 %), et pour la violence, qui est de 15,4 % pour le groupe d'âge le plus élevé, par rapport aux adultes plus jeunes (de 22,7 à 31 %).

Orientation sexuelle : Le pourcentage de personnes s'identifiant comme lesbiennes, gaies, bisexuelles ou d'une autre orientation sexuelle ayant déclaré un ENE (66,7 %) est presque le double de celui des personnes hétérosexuelles (34,2 %) dans l'ESG. La violence psychologique est plus élevée dans le groupe des minorités sexuelles (51,8 %) que chez les hétérosexuels (24,5 %). L'exposition à la violence domestique est également plus élevée chez les personnes lesbiennes, homosexuelles et bisexuelles (34,7 % contre 17,0 %). Dans l'ÉLCV, la prévalence des ENE ne diffère pas selon l'orientation sexuelle.

Relations : Dans l'ESG, le nombre d'ENE déclarés est plus élevé chez les personnes séparées ou divorcées (45,1 %) que chez les personnes mariées ou vivant en union libre (33,0 %). Cette tendance se dégage pour tous les sous-types d'abus, à l'exception de la

négligence, pour laquelle aucune différence ne ressort. Des résultats similaires ressortent de l'ÉLCV, où les personnes séparées ou divorcées (57,6 %) déclarent davantage d'ENE que celles qui ont un conjoint (48,2 %). Les célibataires (jamais mariés) ont également tendance à déclarer plus d'ENE (57,9 %). Dans l'analyse des sous-types, les célibataires sont plus exposés à la violence psychologique (34,6 %) et à la violence parentale (33,4 %) que les personnes ayant un conjoint (23,0 % pour chaque type de violence).

Conditions de vie : L'exposition aux ENE diffère également selon les conditions de vie dans l'ESG, les personnes vivant seules ayant une prévalence plus élevée d'ENE (42,3 %) que celles vivant avec d'autres personnes (34,3 %). Cette constatation s'applique aux cinq sous-types de maltraitance dans l'ESG. Dans l'ÉLCV, en revanche, aucune différence de ce type ne se manifeste.

Racialisation et lieu de naissance : Dans l'ESG, les ENE déclarés sont plus nombreux chez les personnes nées au Canada (40,1 %) que chez les personnes nées à l'étranger (27,4 %). Cette tendance s'observe pour la maltraitance physique, les abus sexuels et émotionnels, ainsi que pour l'exposition à la violence parentale, mais pas pour la négligence. La proportion de personnes déclarant des ENE est également plus élevée chez les personnes non racialisées (39,5 %) que chez les personnes racialisées (26,5 %). Dans les groupes racialisés désagrégés, les ENE déclarés sont plus élevés chez les personnes non racialisées (39,5 %) que chez les asiatiques de l'Est (29,0 %), les moyen-orientaux (15,9 %), les asiatiques du Sud (25,9 %) et les asiatiques du Sud-Est (25,1 %), mais pas chez les noirs (29,5 %) ou les autres groupes racialisés (27,1 %). Aucune différence selon le lieu de naissance ou le groupe racial n'est observée dans l'ÉLCV, et la taille des échantillons n'est pas suffisante pour examiner les différences selon les groupes raciaux et ethniques désagrégés.

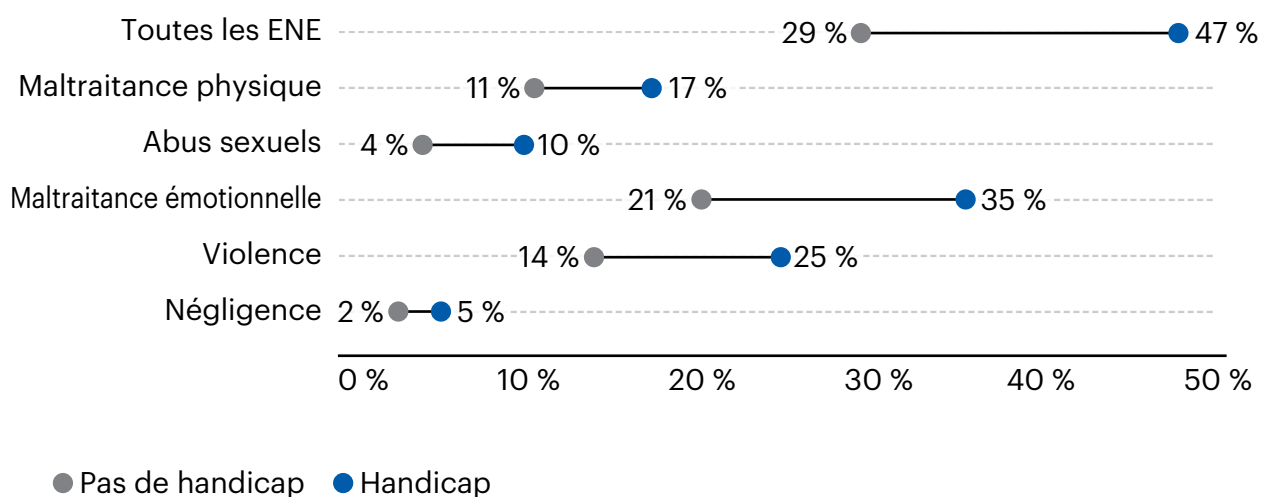
Éducation et revenu : Dans l'ESG, il n'y a pas de preuve de différences dans les ENE déclarés en fonction du niveau d'éducation ou de revenu. Il n'y a pas non plus de différences en fonction du niveau d'éducation dans l'ensemble de données de l'ÉLCV, mais la prévalence des ENE diffère en fonction du niveau de revenu et de la richesse. Les personnes dont le revenu du ménage est inférieur à 20 000 \$ déclarent plus d'ENE (68,5 %) que toutes les autres catégories de revenu (allant de 44,0 à 51,1 %), qui ne diffèrent pas les unes des autres. De même, les personnes dont le ménage est le moins riche (c.-à-d. moins de 50 000 \$; 59,3 %) déclarent davantage d'ENE que celles dont le revenu est supérieur à 100 000 \$ (47,4 %) et à 1 million de \$ (41,1 %). Ces tendances se vérifient généralement pour les violences physiques, psychologiques et sexuelles.

Handicap : Dans l'ESG, des liens étroits existent entre la situation de handicap et les expériences d'ENE, un pourcentage nettement plus élevé de personnes handicapées ayant déclaré avoir vécu un ENE par rapport aux personnes non handicapées (47,3 %

contre 29,0 %) (voir la figure 2). Des différences sont également observées en fonction du type de handicap, la plus grande disparité d'exposition aux ENE étant observée chez les personnes ayant un handicap lié à la santé mentale (55,4 %) par rapport à celles qui n'en ont pas (31,8 %). Des différences d'ENE apparaissent également chez les personnes ayant un handicap physique (47,7 % contre 32,0 %), un handicap sensoriel (45,6 % contre 34,5 %) et un handicap cognitif (49,1 % contre 34,4 %).

Parmi les personnes présentant un handicap, il n'y a pas de différences dans les ENE déclarés entre les personnes ayant déclaré un seul type de handicap, deux ou trois types de handicap, ou plus de trois types de handicap. Il n'y a pas non plus de différences dans les ENE déclarés en fonction de la gravité de leur handicap - les personnes ayant un handicap léger ou modéré ne différaient pas de celles ayant un handicap grave.

Figure 2. La prévalence des ENE est **plus élevée** chez les personnes ayant au **moins un handicap**



Toutes les comparaisons étaient statistiquement significatives, avec des intervalles de confiance à 95 % qui ne se chevauchent pas.

| Caractéristiques | Niveau | ESG | ÉLCV |
|-------------------------------|---|------------------|------------------|
| Sexe | Homme | 31,7 (29,1-34,3) | 45,1 (42,1-48,2) |
| | Femme | 38,7 (35,8-41,5) | 54,0 (51,1-56,9) |
| Âge | 15 à 24 | 35,1 (27,8-42,4) | --- |
| | 25 à 34 | 35,1 (29,6-40,5) | --- |
| | 35 à 44 | 36,5 (32,0-41,1) | --- |
| | 45 à 54 | 37,5 (33,1-41,9) | 56,2 (51,2-61,3) |
| | 55 à 64 | 33,7 (30,1-37,3) | 49,9 (46,4-53,4) |
| | 65 à 74 | 39,0 (34,7-43,2) | 49,3 (45,4-53,1) |
| | 75 ans et plus | 26,9 (22,2-31,6) | 40,5 (36,1-44,9) |
| Orientation sexuelle | Hétérosexuel | 34,2 (32,2-36,3) | 50,0 (47,8-52,1) |
| | Lesbienne/gai/bisexuel/autre | 66,7 (55,9-77,5) | 51,4 (38,4-64,3) |
| État matrimonial | Marié/conjoint de fait | 33,0 (30,7-35,2) | 48,2 (45,7-50,6) |
| | Divorcé/séparé | 45,1 (39,8-50,4) | 57,6 (51,3-63,9) |
| | Veuf ou veuve | 32,4 (25,9-38,9) | 50,4 (43,1-57,8) |
| | Célibataire, jamais de mariage | 38,0 (33,1-42,9) | 57,9 (49,7-66,2) |
| Scolarité | Au-delà du baccalauréat | 34,5 (29,6-39,5) | 45,6 (41,6-49,7) |
| | École de métiers, collège ou baccalauréat | 36,6 (33,8-39,4) | 48,8 (46,2-51,5) |
| | Diplôme d'études secondaires | 35,7 (31,6-39,7) | 53,5 (47,7-59,4) |
| | Moins que le secondaire | 31,0 (24,5-37,5) | --- |
| Conditions de logement | Vit seul | 42,3 (38,4-46,1) | 54,4 (49,9-58,9) |
| | Vit avec d'autres personnes | 34,3 (32,1-36,6) | 48,9 (46,6-51,3) |
| Lieu de naissance | Né au Canada | 40,1 (37,6-42,7) | 48,8 (46,5-51,1) |
| | Né hors du Canada | 27,4 (24,3-30,5) | 53,9 (49,1-58,7) |
| Groupe racial | Personne non-racialisée | 39,5 (37,2-41,7) | 49,4 (47,2-51,6) |
| | Personne racialisée | 26,5 (22,9-30,2) | 55,8 (47,5-64,0) |
| Revenu familial | Moins de 20 000 \$ | 41,5 (31,9-51,0) | --- |
| | 20 000 \$ à 39 999 \$ | 38,3 (32,6-44,0) | --- |
| | 40 000 \$ à 59 999 \$ | 37,3 (31,7-43,0) | --- |
| | 60 000 \$ à 79 999 \$ | 32,6 (27,1-38,0) | --- |
| | 80 000 \$ à 99 999 \$ | 34,8 (29,5-40,1) | --- |
| | 100 000 \$ à 119 999 \$ | 36,5 (30,8-42,3) | --- |
| | 120 000 \$ à 139 999 \$ | 36,2 (29,6-42,8) | --- |
| | 140 000 \$ ou plus | 32,7 (29,1-36,2) | --- |

| Caractéristiques | Niveau | ESG | ÉLCV |
|------------------------------------|---|------------------|------------------|
| Revenu du ménage | Moins de 20 000 \$ | --- | 68,5 (57,2-79,9) |
| | 20 000 \$ à 49 999 \$ | --- | 51,1 (46,3-55,8) |
| | 50 000 \$ à 99 999 \$ | --- | 50,2 (46,5-53,9) |
| | 100 000 \$ à 149 999 \$ | --- | 50,0 (45,2-54,7) |
| | 150 000 \$ ou plus | --- | 44,0 (39,3-48,7) |
| Richesse du ménage | Moins de 50 000 \$ | --- | 59,3 (54,3-64,4) |
| | 50 000 \$ à 99 999 \$ | --- | 53,5 (47,8-59,2) |
| | 100 000 \$ à 999 999 \$ | --- | 47,4 (44,5-50,3) |
| | 1 000 000 \$ ou plus | --- | 41,1 (35,3-46,9) |
| État de personne handicapée | Aucun handicap | 29,0 (26,7-31,3) | --- |
| | Handicap | 47,3 (43,9-50,8) | --- |
| Gravité du handicap | Handicap léger ou modéré | 45,6 (41,7-49,5) | --- |
| | Handicap grave ou très grave | 54,5 (47,7-61,4) | --- |
| Nombre d'handicaps | Un type d'handicap | 46,6 (41,7-51,6) | --- |
| | Deux ou trois types d'handicap | 45,0 (39,6-50,5) | --- |
| | Plus de trois types d'handicap | 54,7 (47,8-61,7) | --- |
| Incapacité physique | Oui, incapacité physique | 47,7 (43,8-51,5) | --- |
| | Non, pas d'incapacité physique | 32,0 (29,6-34,4) | --- |
| Déficiences sensorielle | Oui, déficience sensorielle | 45,6 (39,1-52,1) | --- |
| | Non, pas de déficience sensorielle | 34,5 (32,4-36,6) | --- |
| Déficiences cognitive | Oui, déficience cognitive | 49,1 (40,4-57,8) | --- |
| | Non, pas de déficience cognitive | 34,4 (32,3-36,5) | --- |
| Trouble de santé mentale | Oui, trouble de la santé mentale | 55,4 (49,2-61,6) | --- |
| | Non, pas de trouble de la santé mentale | 31,8 (29,7-33,8) | --- |

Les ENE et les facteurs de santé

Auto-évaluation de la santé générale et mentale : Deux indicateurs de bien-être sont évalués dans l'ESG et l'ÉLCV : l'état de santé général perçu et l'état de santé mentale perçu. Les résultats pour chaque ENE sont présentés dans le tableau 3. Les résultats pour sous-type d'ENE sont présentés dans le Supplément 7 (Tableaux 8 et 9). Pour l'ensemble des indicateurs de bien-être, l'exposition aux ENE est plus élevée dans l'échantillon de l'ÉLCV que dans celui de l'ESG.

Pour les deux échantillons, les ENE déclarés sont plus élevés chez les personnes ayant déclaré un mauvais état de santé général que chez celles ayant un bon état de santé. Dans l'ESG, cette observation s'applique à tous les sous-types d'abus, à la maltraitance physique (15,6 % contre 10,3 %), aux abus sexuels (7,7 % contre 4,8 %), à la violence psychologique (30,0 % contre 22,0 %), à la négligence (4,0 % contre 1,8 %) et à la violence parentale (20,2 % contre 15,1 %). L'ÉLCV suit une tendance similaire pour les sous-types de maltraitance physique (32,5 % contre 24,1 %), de maltraitance émotionnelle (27,7 % contre 21,2 %), de négligence (5,7 % contre 2,3 %) et de violence parentale (29,0 % contre 21,7 %).

Des résultats semblables sont observés pour la santé mentale perçue, les personnes qui estiment que leur santé mentale est faible étant plus exposées aux ENE que celles qui estiment que leur santé mentale est élevée. Dans l'ESG, cette constatation est vraie pour les sous-types de maltraitance suivants : maltraitance physique (16,5 % contre 10,2 %), sexuel (7,9 % contre 4,9 %), maltraitance émotionnelle (34,2 % contre 19,8 %) et violence parentale (25,0 % contre 12,6 %). L'ÉLCV présente des résultats comparables pour les sous-types de maltraitance physique (32,7 % contre 25,0 %), de maltraitance émotionnelle (29,2 % contre 21,1 %), de négligence (5,9 % contre 2,6 %) et de violence parentale (29,6 % contre 22,2 %).

Tableau 3. Prévalence des ENE (95 % CI) par indicateur de bien-être

| Indicateur de bien-être | Niveau | ESG | ÉLCV |
|---|--------|------------------|------------------|
| Auto-évaluation de la santé générale | Faible | 40,4 (37,6-43,3) | 54,7 (51,3-58,1) |
| | Élevée | 31,1 (28,4-33,7) | 46,2 (43,6-48,9) |
| Auto-évaluation de la santé mentale | Faible | 45,7 (42,3-49,1) | 55,4 (51,6-59,2) |
| | Élevée | 28,5 (26,2-30,7) | 46,8 (44,3-49,4) |

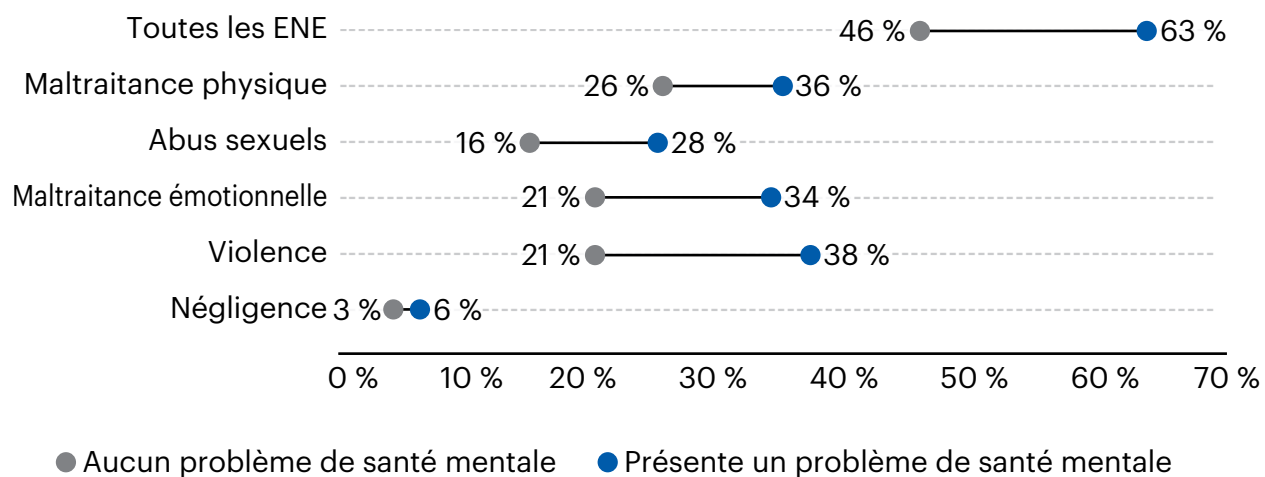
L'ÉLCV fournit un profil approfondi sur la manière dont les ENE déclarés varient en fonction des différents états de santé physique et mentale, des besoins de santé non satisfaits et des déficiences fonctionnelles dans les activités de base et les activités essentielles de la vie quotidienne. La prévalence des ENE en fonction des différents problèmes de santé est présentée dans le tableau 4, tandis que les résultats pour chaque sous-type d'ENE sont présentés dans le Supplément 7 (Tableau 9).

Maladies chroniques : En ce qui concerne la santé physique, le nombre d'ENE déclarés est plus élevé chez les personnes atteintes d'une maladie chronique que chez celles qui n'en ont déclaré aucune (50,7 % contre 32,1 %). Cette tendance se maintient chez les personnes ayant déclaré avoir au moins une maladie chronique par rapport à celles n'en ayant déclaré aucune pour les sous-types de maltraitance physique (28,3 % contre 15,9 %), de maltraitance émotionnelle (24,7 % contre 10,4 %) et de violence parentale (25,5 % contre 11,0 %). Des tendances semblables sont également observées chez les personnes ayant des douleurs chroniques, des problèmes arthritiques, respiratoires, neurologiques et gastro-intestinaux (voir Tableau 4). L'exposition aux ENE ne varie pas chez les personnes ayant une déficience visuelle, un cancer, un diabète ou une maladie cardiovasculaire.

Besoins non satisfaits en matière de soins de santé et déficience fonctionnelle : Les personnes dont les besoins en matière de soins de santé ne sont pas satisfaits (c'est-à-dire qui ont besoin de soins, mais ne les reçoivent pas) ont également une exposition accrue aux ENE. Cette tendance s'observe chez les personnes ayant déclaré des besoins non satisfaits par rapport à celles n'ayant déclaré aucun besoin pour la seule maltraitance physique (40,8 % contre 26,9 %). La déficience fonctionnelle n'est pas liée à l'exposition aux ENE.

Problèmes de santé mentale : Un pourcentage plus élevé de personnes ayant des problèmes de santé mentale, y compris des troubles de l'anxiété et de l'humeur, ont déclaré avoir vécu un ENE par rapport aux personnes n'ayant pas ces problèmes (62,8 % contre 46,4 %). Cette tendance s'observe chez les personnes ayant déclaré des problèmes de santé mentale pour la maltraitance physique (35,6 % contre 25,7 %), les abus sexuels (27,5 % contre 15,5 %), la maltraitance émotionnelle (34,3 % contre 21,3 %) et la violence parentale (38,4 % contre 21,3 %), voir la Figure 3. De plus, les personnes ayant obtenu un résultat positif au dépistage de la dépression au moment de la collecte des données ont également une exposition supérieure aux ENE (61,9 % contre 47,1 %). Cette tendance se confirme pour les sous-types suivants : maltraitance physique (39,0 % contre 25,2 %), abus sexuel (26,3 % contre 16,1 %), maltraitance émotionnelle (33,0 % contre 22,0 %) et violence parentale (36,1 % contre 22,2 %).

Figure 3. La prévalence des ENE est **plus élevée** chez les personnes présentant au moins un problème de santé mentale



Toutes les comparaisons, à l'exception de la négligence, étaient statistiquement importantes, avec des intervalles de confiance à 95 % qui ne se chevauchent pas. Les valeurs relatives à la négligence doivent également être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage.

Tableau 4. Prévalence des ENE (intervalles de confiance de 95 %) selon les résultats en matière de santé dans l'ÉLCV

| Indicateur de santé | Niveau | ÉLCV |
|--|--|------------------|
| Douleur chronique | Généralement avec douleur | 58,7 (55,3-62,2) |
| | Généralement sans douleur | 43,7 (41,1-46,3) |
| Déficience fonctionnelle | Déficience fonctionnelle légère ou grave | 60,7 (45,7-75,6) |
| | Aucune ou faible déficience fonctionnelle | 49,5 (47,4-51,7) |
| Besoins de santé non satisfaits | Oui, besoins non satisfaits | 63,6 (56,0-71,3) |
| | Aucun besoin non satisfait | 48,9 (46,7-51,1) |
| Maladies chroniques | Au moins une maladie chronique | 50,7 (48,6-52,9) |
| | Aucune maladie chronique | 32,1 (23,6-40,6) |
| Maladie arthritique | Oui, présence d'arthrite | 54,0 (50,8-57,2) |
| | Non, pas d'arthrite | 46,2 (43,4-49,0) |
| Maladies respiratoires | Oui, présence de maladie respiratoire | 57,4 (52,5-62,4) |
| | Non, aucune maladie respiratoire | 47,9 (45,6-50,3) |
| Diabète, prédiabète ou hyperglycémie | Oui, présence de diabète, de prédiabète ou d'hyperglycémie | 52,1 (47,0-57,2) |
| | Non, pas de diabète, de prédiabète ou d'hyperglycémie | 49,3 (46,9-51,6) |
| Maladie cardiovasculaire | Oui, présence de maladie cardiovasculaire | 50,9 (47,9-53,9) |
| | Non, pas de de maladie cardiovasculaire | 48,8 (45,8-51,8) |
| Maladie neurologique | Oui, présence de maladie neurologique | 60,0 (55,0-65,1) |
| | Non, pas de maladie neurologique | 47,7 (45,4-50,0) |
| Maladie gastrointestinale | Oui, présence de maladie gastrointestinale | 59,6 (55,6-63,5) |
| | Non, pas de maladie gastrointestinale | 46,0 (43,6-48,5) |
| Trouble de la vue | Oui, présence de trouble de la vue | 49,2 (45,7-52,7) |
| | Non, pas de trouble de la vue | 49,9 (47,3-52,6) |
| Cancer | Oui, présence de cancer | 49,9 (44,8-55,1) |
| | Non, pas de cancer | 49,8 (47,5-52,2) |
| Trouble de santé mentale | Oui, présence de trouble de santé mentale | 62,8 (57,8-67,8) |
| | Non, pas de trouble de santé mentale | 46,4 (44,1-48,8) |
| Résultat positif au dépistage de dépression | Oui, présence de dépression | 61,9 (56,8-67,0) |
| | Non, pas de dépression | 47,1 (44,8-49,4) |
| Autres maladies chroniques | Oui, présence d'autres maladies chroniques | 52,9 (50,5-55,4) |
| | Non, pas d'autres maladies chroniques | 40,7 (36,6-44,8) |

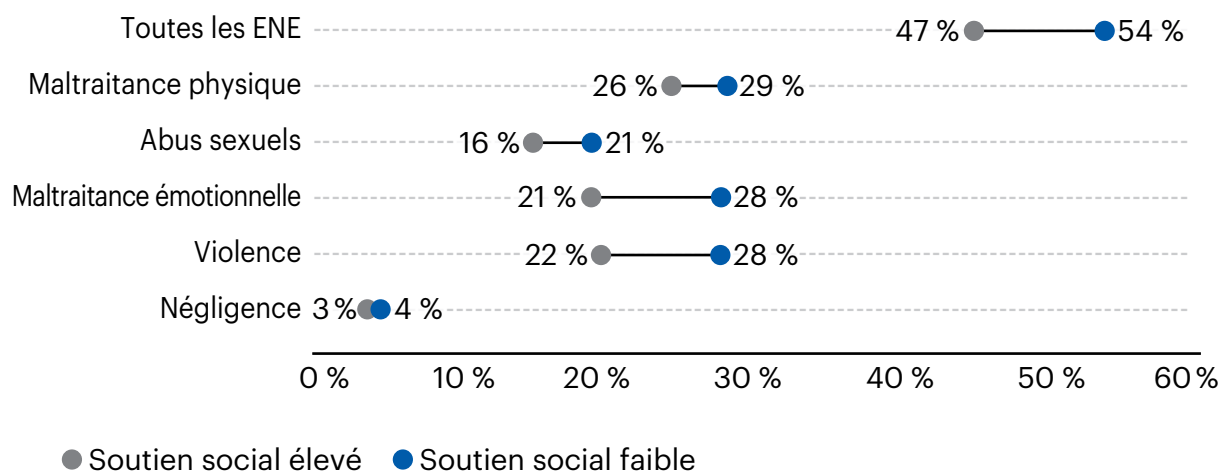
Les ENE et les facteurs sociaux

Les données de l'ESG et de l'ÉLCV ont été utilisées pour analyser les relations entre la santé sociale et l'exposition aux ENE. La prévalence des ENE en fonction des variables sociales est présentée dans le Supplément 7 (Tableau 7). Les résultats par sous-types d'ENE sont présentés dans le Supplément 7 (Tableaux 8 et 9).

Santé sociale : Les indicateurs de santé sociale (y compris le soutien social et la solitude) sont étudiés à l'aide de l'ÉLCV (voir les figures 4A et 4B). Le nombre d'ENE déclarés est plus élevé chez les personnes déclarant un faible soutien social (53,7 %) que chez celles bénéficiant d'un soutien social élevé (46,7 %). Cette différence est apparue pour la maltraitance émotionnelle (27,8 % contre 21,0 %) et la violence (27,8 % contre 22,0 %).

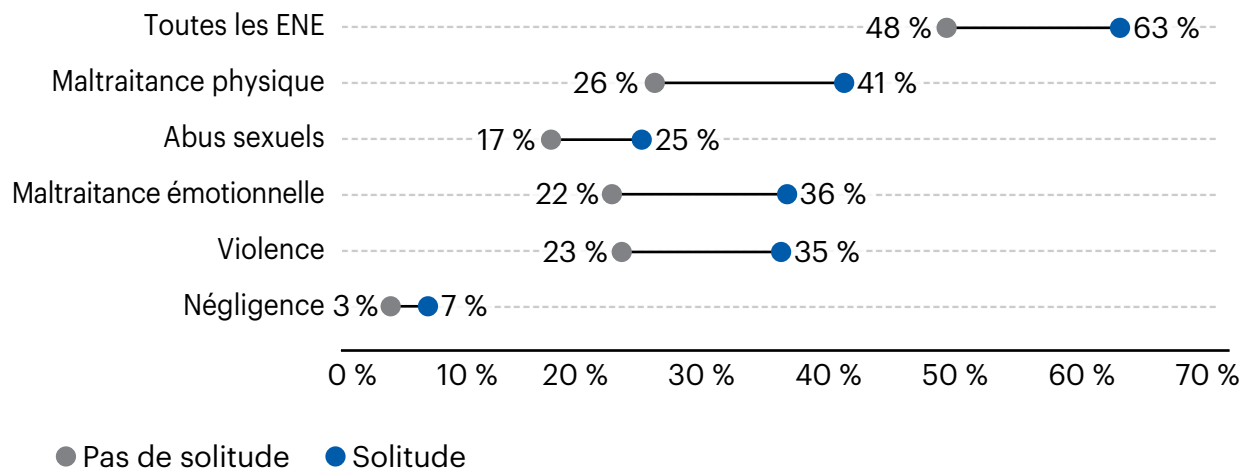
Un nombre supérieur d'ENE a également été observé chez les personnes du groupe ressentant une forte solitude (63,2 %) par rapport à celles du groupe ressentant une faible solitude (47,7 %). Cette différence s'applique à plusieurs sous-types d'ENE, notamment la maltraitance physique (40,5 % contre 25,7 %), la maltraitance émotionnelle (36,0 % contre 22,1 %) et la violence (35,3 % contre 23,2 %), mais pas à d'autres sous-types.

Figure 4A. La prévalence des traumatismes liés à l'alcool est **plus élevée** chez les personnes ayant **peu de soutien social**



Les comparaisons pour toute ENE et la violence psychologique sont statistiquement significatives, avec des intervalles de confiance à 95 % qui ne se chevauchent pas.

Figure 4B. La prévalence des ENE est **plus élevée** chez les personnes ressentant de la **solitude**



Les comparaisons pour toute ENE, maltraitance physique, maltraitance émotionnelle et violence sont statistiquement significatives, avec des intervalles de confiance à 95 % qui ne se chevauchent pas.

Revictimisation et discrimination : Dans l'ESG, la cooccurrence des ENE est étonnamment élevée chez les personnes ayant subi des formes de victimisation à l'âge adulte (voir la figure 5).

Parmi les personnes ayant subi une forme quelconque de maltraitance émotionnelle, financière, physique ou sexuelle de la part d'un partenaire ou d'un conjoint, le pourcentage de personnes déclarant avoir subi un ENE est presque deux fois plus élevé que celui des personnes n'ayant pas subi cette forme de maltraitance (32,0 % contre 61,1 %). Cette tendance s'observe pour tous les sous-types d'ENE : maltraitance physique (23,8 % contre 11,9 %), maltraitance émotionnelle (46,6 % contre 22,4 %), abus sexuel (12,3 % contre 5,4 %), violence (34,9 % contre 15,7 %) et négligence (5,9 % contre 2,0 %).

Les personnes ayant subi une maltraitance émotionnelle, verbale ou financière de la part de personnes autres que leur conjoint ou partenaire (c.-à-d. des amis, des membres de la famille ou des proches aidants) ont davantage déclaré d'ENE. Le pourcentage d'ENE dans ce groupe est de 65,7 %, contre 34,2 % chez les personnes n'ayant pas subi cette forme de violence. Cette différence se retrouve dans plusieurs sous-types, notamment la maltraitance physique (28,2 % contre 12,2 %), la maltraitance émotionnelle (50,2 % contre 24,7 %) et la violence (40,1 % contre 16,7 %).

Les ENE déclarés sont plus nombreux chez les personnes ayant déclaré avoir été victimes d'un acte criminel (52,0 %) que chez celles qui n'ont pas déclaré avoir été victimes d'un acte criminel (31,4 %). Cette tendance se vérifie pour la maltraitance physique (20,7 %

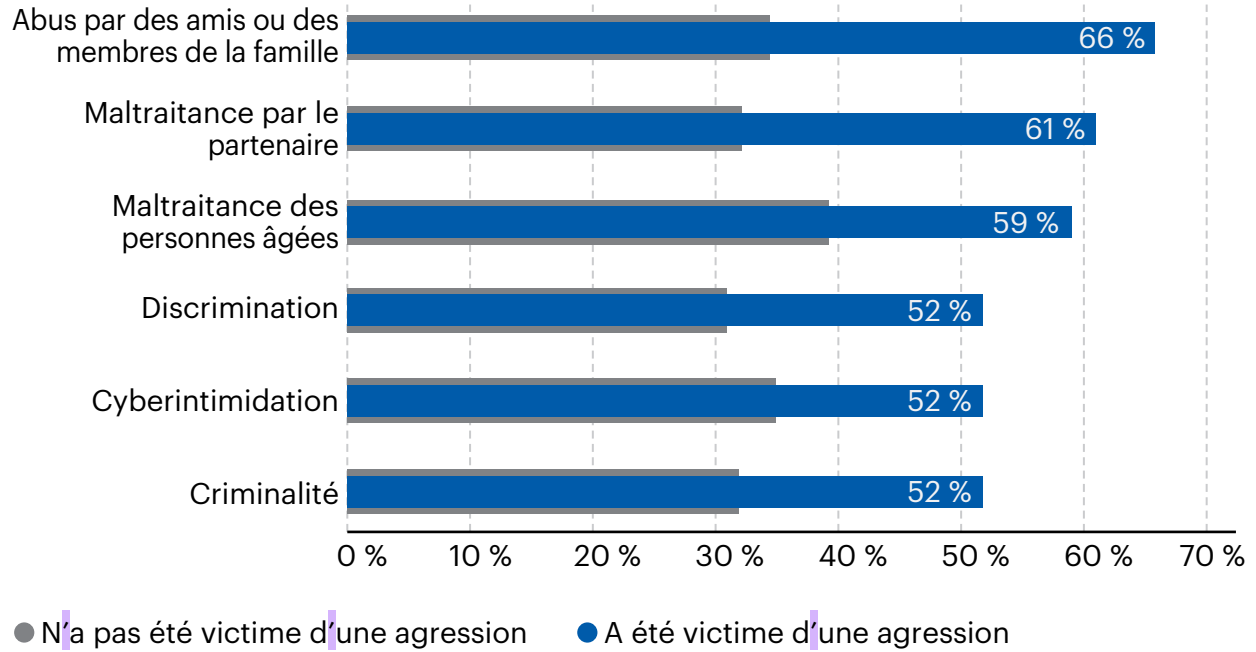
contre 10,9 %), la maltraitance émotionnelle (41,5 % contre 21,8 %), les abus sexuels (9,3 % contre 5,3 %) et la violence (26,8 % contre 15,4 %).

L'exposition aux ENE est également plus élevée chez les victimes de cyberintimidation ou de cyberharcèlement (52,4 %) que chez les personnes n'ayant pas déclaré cette forme de victimisation (34,6 %). Cette différence s'observe également pour les maltraitements physiques (22,3 % contre 11,9 %), les maltraitements émotionnels (39,5 % contre 24,8 %), les abus sexuels (12,3 % contre 5,7 %) et les violences (26,9 % contre 17,4 %).

Une prévalence plus élevée d'ENE est également observée chez les personnes ayant subi une discrimination fondée sur le sexe, l'appartenance ethnique ou culturelle, la race ou la couleur de peau, l'apparence physique, la religion, l'orientation sexuelle, l'expression ou l'identité de genre, l'âge, le handicap, la langue ou une autre caractéristique (52,3 %), par rapport aux personnes n'ayant signalé aucune forme de discrimination (30,4 %). Ces différences se retrouvent également entre les sous-types : maltraitance physique (19,6 % contre 10,6 %), abus sexuel (10 % contre 5 %), maltraitance émotionnelle (41,4 % contre 21,1 %) et violence (28,1 % contre 14,4 %).

Maltraitance des aînés : L'ÉLCV comporte peu de variables sur la revictimisation et la sécurité, mais comprend une série de questions sur la maltraitance des personnes âgées. Les répondants sont considérés comme ayant été victimes de maltraitance s'ils répondent par l'affirmative à toute question relative à la maltraitance financière, physique ou psychologique des personnes âgées. Les ENE déclarés sont plus nombreux chez les personnes ayant subi des violences envers les personnes âgées (58,5 %) que chez celles qui n'en ont pas subi (39,0 %). Cette différence s'observe également pour plusieurs sous-types d'ENE, notamment la maltraitance physique (32,0 % contre 20,4 %), les abus sexuels (25,0 % contre 14,2 %), la maltraitance émotionnelle (26,2 % contre 14,8 %) et la violence (26,3 % contre 16,4 %). Il est impossible de présenter des résultats concernant la négligence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage.

Figure 5. La prévalence des ENE est **plus élevée** chez les personnes ayant subi différentes formes de **victimisation**



Toutes les comparaisons sont statistiquement significatives, avec des intervalles de confiance à 95 % qui ne se chevauchent pas.

Discussion

Cette étude descriptive vise à approfondir notre compréhension du profil des ENE en Ontario et des différences entre les populations, notamment en fonction des caractéristiques sociodémographiques et des facteurs sociaux et de santé.

La principale conclusion de cette étude est que les ENE ne sont pas répartis de manière égale au sein de la population ontarienne. Les antécédents d'ENE sont plus fréquents dans les groupes défavorisés, notamment les minorités sexuelles, les personnes handicapées et les femmes. Les ENE sont également plus fréquents chez les personnes déclarant avoir été victimes d'autres agressions à l'âge adulte, ce qui risque d'en exacerber les effets négatifs. Le nombre d'ENE déclarés est systématiquement supérieur pour toute une série de problèmes de santé, les disparités étant particulièrement marquées dans le domaine de la santé mentale. Par ailleurs, il semble que les ENE déclarés soient plus fréquents chez les personnes qui manquent de soutien social, dont les besoins en matière de soins de santé ne sont pas satisfaits et dont les revenus et la richesse sont les plus faibles - des facteurs qui atténuent généralement leur caractère néfaste.

Conformément aux recherches antérieures, les résultats de la présente étude indiquent une prévalence élevée des ENE en Ontario⁶⁻⁹. L'analyse de l'ESG de 2019 dans le cadre de la présente étude révèle que 35 % des Ontariens ont vécu au moins un ENE, la maltraitance émotionnelle étant la plus fréquente (26 %), suivie de l'exposition à la violence (18 %), de la maltraitance physique (13 %), de la maltraitance sexuelle (6 %). Cette prévalence globale est semblable aux analyses antérieures des données de Statistique Canada à l'échelle nationale, notamment 27 % rapportés dans l'Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés de 2018⁹, 32 % rapportés dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012⁸, et 33 % dans l'ESG de 2014⁷. L'originalité de cette étude réside dans l'analyse approfondie de cinq sous-types d'ENE et de la manière dont les profils d'ENE varient en fonction d'un éventail de caractéristiques sociodémographiques, sanitaires et sociales, ce qui n'a pas été systématiquement examiné dans les recherches antérieures. L'analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012 de Statistique Canada⁸ a fait appel à des définitions similaires des ENE et a fait état d'une prévalence plus élevée de la maltraitance physique (26 % contre 13 % dans l'analyse de l'ESG dans le cadre de la présente étude). Des différences sont également apparues dans la prévalence de la violence domestique, notre étude révélant des taux de 18 % contre 8 %⁸.

L'analyse des données de l'ÉLCV à l'échelle de l'Ontario révèle une prévalence supérieure des ENE, allant jusqu'à 50 %. La maltraitance physique est le sous-type d'ENE le plus fréquent (28 %), suivi de la violence parentale (25 %), de la maltraitance émotionnelle

(24 %), des abus sexuels (18 %) et de la négligence (4 %). Ces prévalences sont inférieures à celles rapportées dans d'autres analyses des données de l'ÉLCV⁶, car cette étude exclut trois éléments de l'ENE - le divorce des parents, le décès des parents et le fait de vivre avec un membre de la famille ayant des problèmes de santé mentale - afin d'assurer une comparabilité adéquate avec l'ESG, qui n'inclut pas non plus ces éléments.

Toutefois, conformément à l'analyse nationale de l'ÉLCV de Joshi et al.⁶, notre étude révèle que le nombre d'ENE déclarés est significativement plus élevé chez les femmes, les jeunes et les personnes à faible revenu. Contrairement à leurs conclusions, aucune différence ne se dégage en fonction de l'orientation sexuelle ou du niveau d'éducation. Toutefois, cela pourrait être dû à la petite taille des échantillons pour ces caractéristiques à l'échelle de l'Ontario, ce qui limite la capacité à détecter une différence significative.

Cette étude révèle une prévalence plus élevée des ENE dans l'ÉLCV (50 %), qui comprend des adultes d'âge moyen et les aînés, par rapport à l'échantillon de l'ESG (35 %), qui comprend des personnes âgées de 15 ans et plus. Des différences notables sont également observées par sous-type d'ENE, la maltraitance physique étant l'ENE le plus fréquent dans l'ÉLCV (28 % contre 13 % dans l'ESG), ainsi que des taux plus élevés d'exposition à la violence domestique et aux abus sexuels dans l'ÉLCV.

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à ces différences. Par exemple, l'ESG est conçue pour être représentative de la population générale, tandis que l'ÉLCV est une étude de cohorte longitudinale qui n'est représentative que par l'âge et le sexe aux échelles nationales et provinciale²⁰. L'ÉLCV est également beaucoup moins diversifiée que l'ESG, 80 % des participants étant nés au Canada et 94 % s'identifiant comme Blancs, ce qui peut influencer sur la déclaration des ENE.

Dans les deux ensembles de données, c'est au milieu de l'âge adulte que le nombre d'ENE déclarés est le plus élevé. Cela concorde avec les résultats d'études antérieures selon lesquels les générations plus âgées déclarent moins d'ENE²¹. Cela peut s'expliquer par le fait qu'en vieillissant, les individus peuvent réinterpréter ou prendre davantage conscience des répercussions de l'adversité subie pendant leur enfance²². Inversement, le fait que les adultes les plus âgés déclarent moins d'ENE dans l'ESG et l'ÉLCV peut être dû au vieillissement cognitif, à la stigmatisation ou à la minimisation de l'adversité passée⁶. Cela pourrait également être le résultat d'un biais de survie, c'est-à-dire qu'il n'y a peut-être pas une prévalence plus faible des ENE chez les adultes les plus âgés, mais plutôt que les personnes fortement exposées aux ENE courent un plus grand risque d'effets négatifs sur la santé et la société, y compris de mortalité précoce, ce qui signifie que moins de personnes fortement exposées aux ENE survivent jusqu'à l'âge adulte et sont donc prises en compte dans les données⁶. La plus grande concentration d'individus au milieu de l'âge adulte dans l'ÉLCV peut avoir joué un rôle dans la déclaration plus élevée des ENE dans cet échantillon.

Les ENE en fonction des facteurs sociodémographiques, sanitaires et sociaux

Les données disponibles au Canada^{7-9,23-26} et dans le monde entier^{2,27,28} établissent que les ENE sont un facteur de risque de mauvais résultats. Ce que cette étude ajoute, c'est l'examen de la façon dont les profils des ENE varient parmi les adultes en fonction des caractéristiques sociodémographiques, et la façon dont ces expériences sont liées à des résultats négatifs sur le plan social et de la santé, y compris une victimisation accrue à l'âge adulte.

Bien que cette étude révèle une forte prévalence des ENE en Ontario, les résultats montrent que certaines populations sont plus touchées que d'autres. Par exemple, les résultats de l'ESG montrent une cooccurrence étonnamment élevée d'ENE chez les personnes ayant subi diverses formes de victimisation à l'âge adulte, notamment la violence entre partenaires intimes, la victimisation criminelle, la discrimination et la cyberintimidation. Ce phénomène s'observe également dans l'ÉLCV, où les aînés ayant subi des maltraitements (psychologiques, physiques ou financières) déclarent un nombre significativement plus élevé d'ENE. Cette constatation est conforme à des recherches antérieures menées au Canada et montrant un lien entre les ENE et la victimisation ultérieure à l'âge adulte^{7,9,26}.

Cette étude révèle également que, dans l'échantillon d'âge moyen et plus âgé de l'ÉLCV, les personnes bénéficiant d'un faible soutien social et ressentant une grande solitude ont déclaré plus d'ENE. On constate également que le nombre d'ENE est plus élevé chez les célibataires, les divorcés et les personnes vivant seules. Des études antérieures mettent en évidence le rôle du soutien social dans l'atténuation des effets négatifs des traumatismes liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie¹⁶. Le manque de soutien social aggrave les conséquences de l'ENE et cause des répercussions plus importantes sur la santé mentale et physique¹⁵.

Dans l'analyse de l'ESG de 2019 réalisée dans le cadre de cette étude, des différences marquées sont également observées en fonction des caractéristiques sociodémographiques, en particulier chez les personnes s'identifiant comme lesbiennes, gaies, bisexuelles ou ayant une autre orientation sexuelle, pour lesquelles le pourcentage d'ENE déclarés est presque deux fois plus élevé que chez les personnes hétérosexuelles. Cette différence semble être due à des taux plus élevés de maltraitance émotionnelle et d'exposition à la violence domestique dans le groupe des minorités sexuelles. Cette constatation ne s'étend pas dans l'analyse de l'ÉLCV. Toutefois, il convient de l'interpréter avec prudence en raison du manque de diversité de l'échantillon et de la puissance insuffisante pour examiner de manière significative les différences entre les groupes en fonction de l'orientation sexuelle.

Conformément aux études précédentes⁷, l'exposition aux ENE est également plus élevée chez les femmes que chez les hommes. L'analyse de l'ESG révèle que le pourcentage d'abus sexuels déclarés par les femmes est trois fois plus élevé que celui des hommes. Les femmes signalent également un pourcentage plus élevé de maltraitance émotionnelle. Les signalements de maltraitance physique, de violence et de négligence sont comparables entre les hommes et les femmes. L'analyse de l'ÉLCV montre également que les ENE sont plus nombreux chez les femmes.


Des études antérieures établissent également un lien entre l'exposition aux ENE et le stress financier à l'âge adulte²⁹. La présente étude observe un nombre supérieur d'ENE déclarés chez les personnes à faible revenu et à faible niveau de richesse dans l'ÉLCV. Une faible sécurité financière pourrait aggraver les effets négatifs des ENE, en créant des obstacles à l'accès à des soins de santé de qualité et à d'autres déterminants sociaux de la santé.

Dans les deux ensembles de données, cette étude montre une tendance constante à des ENE supérieures chez les groupes défavorisés et chez ceux qui ont des résultats négatifs en matière de santé, notamment des handicaps, plusieurs maladies chroniques et un bien-être général moindre. Conformément aux données existantes³⁰, la déclaration des ENE par les personnes handicapées est nettement plus élevée que chez les personnes sans handicap, et cette disparité est la plus forte chez les personnes ayant un handicap lié à la santé mentale.

L'analyse de l'ÉLCV montre que les cas d'ENE sont disproportionnés pour toute une série d'indicateurs de santé négatifs, les disparités les plus notables étant observées pour les troubles mentaux et neurologiques, ainsi que pour les personnes dont les besoins en matière de soins de santé ne sont pas satisfaits. Cette constatation est cohérente avec les recherches montrant des liens particulièrement étroits entre les ENE et la mauvaise santé mentale, par rapport à d'autres résultats en matière de santé².

Orientations politiques

Les répercussions négatives des ENE semblent être dues au stress toxique, qui perturbe la capacité de l'organisme à réguler le stress et à s'y adapter³¹. Cette étude montre que les antécédents d'ENE sont plus fréquents dans certaines populations de l'Ontario, ce qui pourrait aggraver le stress toxique chez les groupes et les individus en quête d'équité qui subissent des conséquences sanitaires et sociales négatives. Les réponses politiques aux ENE doivent se concentrer sur l'ensemble du spectre de la prévention, de l'atténuation et du soutien à long terme, en mettant l'accent sur les populations exposées à un risque disproportionné d'ENE.



Les réponses politiques aux ENE doivent se concentrer sur l'ensemble du spectre de la prévention, de l'atténuation et du soutien à long terme, en mettant l'accent sur les populations exposées à un risque disproportionné d'ENE.

Comme le souligne le Cadre de référence sur l'adversité et la résilience précoces de l'Ontario, cela signifie qu'il faut cibler les causes profondes des ENE en soutenant les communautés socialement connectées, équitables et inclusives³². Il s'agit notamment de veiller à ce que familles soient soutenues, de la grossesse à l'éducation des enfants, afin qu'elles aient les possibilités et les ressources nécessaires pour s'épanouir et créer des environnements sûrs, stables et stimulants pour les enfants. Il s'agit également de lutter contre l'exclusion sociale et les inégalités systémiques qui peuvent entretenir le cycle des ENE et des résultats négatifs.

Il est également essentiel d'encourager les expériences positives de l'enfance. Cela inclut la participation

sociale, le soutien social et émotionnel des familles et des amis, et un environnement scolaire positif qui procure un sentiment d'appartenance et de sécurité. L'ensemble de ces éléments peut accroître la résilience tout au long de la vie et atténuer les effets négatifs des traumatismes liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie³³.

Enfin, la principale conclusion de cette étude est que les personnes qui connaissent des résultats sanitaires et sociaux négatifs à l'âge adulte, y compris une nouvelle victimisation, sont plus susceptibles d'avoir des antécédents d'ENE. Pour remédier aux répercussions, des ENE tout au long de la vie, un soutien à long terme, axé sur l'équité est nécessaire. Cela inclut l'accès à des soins tenant compte des traumatismes et l'accès à des services sociaux et de santé de haute qualité. Cela inclut également un accès équitable aux déterminants sociaux de la santé et la promotion de la résilience par le biais de liens sociaux et d'environnements favorables. Les approches fondées sur les points forts visant à favoriser la résilience sont essentielles, car il a été démontré que la résilience atténuée les effets négatifs des traumatismes liés à l'alcool et aux drogues sur la santé³⁴. Des approches adaptées sont nécessaires pour les populations confrontées à des inégalités sociales et de santé existantes, telles que celles répertoriées dans la présente étude.

Limitations

Ces résultats doivent être interprétés en tenant compte de leurs limites. Premièrement, il s'agit d'une analyse descriptive de données transversales qui ne tient pas compte des variables confusionnelles potentielles. Il n'est donc pas possible de tirer des conclusions causales de ces résultats. Deuxièmement, les données utilisées dans l'analyse sont basées sur la déclaration rétrospective des ENE, qui est sujette à des biais de déclaration.

Troisièmement, certains résultats, notamment en ce qui concerne les sous-types d'ENE et les groupes aux échantillons de taille réduite, présentent une forte variabilité d'échantillonnage. Ces estimations, mises en évidence dans le rapport, sont de moindre précision et doivent être interprétées avec prudence. Quatrièmement, cette étude présente des lacunes au niveau des données. Les populations confrontées à d'importantes inégalités sociales et de santé, telles que les autochtones et les personnes transgenres ou de genre différent, n'ont pas été incluses dans l'analyse. On sait que ces groupes sont confrontés à des expériences et à des effets disproportionnés des ENE sur la santé^{35,36}. De plus, l'utilité de la construction des ENE dans les populations autochtones reste un domaine de recherche en cours. Enfin, le taux de réponse à l'ESG de 2019 était plus faible (45 % en Ontario) que celui des cycles précédents d'enquêtes sur la victimisation et d'autres enquêtes sociales générales menées dans d'autres pays, en raison des changements apportés aux méthodes de collecte des données. Diverses méthodes de validation, telles que des ajustements de pondération et des comparaisons de données, ont été utilisées pour s'assurer que l'échantillon est représentatif de la population canadienne³⁷.

Conclusions

Conformément aux recherches antérieures, cette étude révèle une forte prévalence des ENE en Ontario. Toutefois, certains groupes sont plus touchés par les ENE que d'autres. Cette étude met en évidence les répercussions cumulées de l'adversité tout au long de la vie, en montrant que les populations en quête d'équité et celles qui connaissent des résultats négatifs sur le plan social et de la santé, y compris une victimisation accrue, ont également été confrontées à des niveaux élevés d'adversité au début de la vie. Les résultats soulignent la nécessité d'adopter des approches qui tiennent compte des répercussions continues des ENE tout au long de la vie, en mettant l'accent sur les personnes touchées de manière disproportionnée.

Références (en anglais)

1. Public Health Ontario. (2020). *Adverse childhood experiences (ACEs): Interventions to prevent and mitigate the impact of ACEs in Canada*. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/a/2020/adverse-childhood-experiences-report.pdf>
2. Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
3. Hardcastle, K., Bellis, M. A., Ford, K., Hughes, K., Garner, J., & Ramos Rodriguez, G. (2018). Measuring the relationships between adverse childhood experiences and educational and employment success in England and Wales: Findings from a retrospective study. *Public Health*, 165, 106-116. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.09.014>
4. 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. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
5. Public Health Ontario. (2022). *Adverse childhood experiences (ACEs): Public health programs to address ACEs in Ontario*. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/A/2022/adverse-childhood-experiences-public-health-ontario.pdf?sc_lang=en
6. Joshi, D., Raina, P., Tonmyr, L., MacMillan, H. L., & Gonzalez, A. (2021). Prevalence of adverse childhood experiences among individuals aged 45 to 85 years: A cross-sectional analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *CMAJ Open*, 9(1), E158. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200064>
7. Burczycka, M. (2017). *Profile of Canadian adults who experienced childhood maltreatment*. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2017001/article/14698/01-eng.htm>
8. 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. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131792>
9. Heidinger, L. (2022). *Profile of Canadians who experienced victimization during childhood, 2018*. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2022001/article/00016-eng.htm>
10. Statistics Canada. (2021). *General Society Survey - Canadian's Safety (GSS)*. <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=4504>

11. Raina, P. S., Wolfson, C., Kirkland, S. A., Griffith, L. E., Oremus, M., Patterson, C., Tuokko, H., Penning, M., Balion, C. M., Hogan, D., Wister, A., Payette, H., Shannon, H., & Brazil, K. (2009). The Canadian longitudinal study on aging (CLSA). *Canadian Journal on Aging, 28*(3), 221-229. <https://doi.org/10.1017/s0714980809990055>
12. Tanaka, M., Wekerle, C., Leung, E., Waechter, R., Gonzalez, A., Jamieson, E., & MacMillan, H. L. (2012). Preliminary evaluation of the Childhood Experiences of Violence Questionnaire short form. *Journal of Interpersonal Violence, 27*(2), 396-407. <https://doi.org/10.1177/0886260511416462>
13. Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L., & Jayaraman, G. (2016). Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: The development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada, 36*(1), 1-10. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.1.01>
14. Ontario Health. (2024). *Guidance for the collection and use of sociodemographic data for equity analytics*. <https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/Guidance-for-the-Collection-and-Use-of-Sociodemographic-Data-for-Equity-Analytics-EN.pdf>
15. Aldomini, M., Lee, J. W., Nelson, A., Hwang, R. S., Alharbi, K. K., Sinky, T. H., Quronfulah, B. S., Khan, W. A., Elamin, M. O., & Nour, M. O. (2025). The moderating role of social support on the impact of adverse childhood experiences on life satisfaction and mental health in adulthood. *Clinical Epidemiology and Global Health, 32*, 101933. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.101933>
16. Cheong, E. V., Sinnott, C., Dahly, D., & Kearney, P. M. (2017). Adverse childhood experiences (ACEs) and later-life depression: Perceived social support as a potential protective factor. *BMJ Open, 7*(9), e013228. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013228>
17. Lumley, T. (2021). *Survey: Analysis of complex survey samples (Version 4.1-1) [R Package]*. <https://CRAN.R-project.org/package=survey>
18. R Core Team. (2024). *R: A language and environment for statistical computing [Computer software]*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org>
19. Ontario Public Health. (2023). *Examining the health and well-being of Ontario children 1-17 years: Using the Canadian Health Survey on Children and Youth*. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/H/2023/health-well-being-ontario-children-1-17-chscy.pdf?rev=017cdcc406904b3f88a970a984b73395&sc_lang=en
20. Norberg, S. J., Toohey, A. M., Jones, S., McDonough, R., & Hogan, D. B. (2021). Examining the municipal-level representativeness of the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) cohort: An analysis using Calgary participant baseline data. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention Canada, 41*(2), 48-56. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.2.03>

21. Hughes, P. M., Ostrout, T. L., Pèrez Jolles, M., & Thomas, K. C. (2022). Adverse childhood experiences across birth generation and LGBTQ+ identity, behavioral risk factor surveillance System, 2019. *American Journal of Public Health, 112*(4), 662-670. <https://doi.org/10.2105/ajph.2021.306642>
22. Munawar, K., Kuhn, S. K., & Haque, S. (2018). Understanding the reminiscence bump: A systematic review. *PLoS One, 13*(12), e0208595. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208595>
23. Mian, O., Anderson, L. N., Belsky, D. W., Gonzalez, A., Ma, J., Sloboda, D. M., Bowdish, D. M. E., & Verschoor, C. P. (2022). Associations of adverse childhood experiences with frailty in older adults: A cross-sectional analysis of data from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Gerontology, 68*(10), 1091-1100. <https://doi.org/10.1159/000520327>
24. Wade, T. J., O'Leary, D. D., Dempster, K. S., MacNeil, A. J., Molnar, D. S., McGrath, J., & Cairney, J. (2019). Adverse childhood experiences (ACEs) and cardiovascular development from childhood to early adulthood: Study protocol of the Niagara Longitudinal Heart Study. *BMJ Open, 9*(7), e030339. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030339>
25. Fuller-Thomson, E., Baird, S. L., Dhrodia, R., & Brennenstuhl, S. (2016). The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study. *Child: Care, Health and Development, 42*(5), 725-734. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/cch.12351>
26. Statistics Canada. (2021). *Childhood maltreatment and the link with victimization in adulthood: Findings from the 2019 General Social Survey*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2021064-eng.htm>
27. Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health, 4*(10), e517-e528. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(19)30145-8)
28. Bhutta, Z. A., Bhavnani, S., Betancourt, T. S., Tomlinson, M., & Patel, V. (2023). Adverse childhood experiences and lifelong health. *Nature Medicine, 29*(7), 1639-1648. <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02426-0>
29. Harter, C. L., & Harter, J. F. R. (2022). The link between adverse childhood experiences and financial security in adulthood. *Journal of Family and Economic Issues, 43*(4), 832-842. <https://doi.org/10.1007/s10834-021-09796-y>
30. Schüssler-Fiorenza Rose, S. M., Rehkopf, D. H., Snyder, M. P., & Slavich, G. M. (2025). Prevalence of adverse childhood experience exposure by disability status. *JAMA Health Forum, 6*(1), e244881. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2024.4881>

31. Centres for Disease Control and Prevention. (2021). *Adverse childhood experiences (ACEs): Preventing early trauma to improve adult health*. <https://www.cdc.gov/vitalsigns/aces/index.html#:~:text=Overview,the%20body%20responds%20to%20stress>.
32. Dawdy, J., Dunford, K., & Magalhaes Boateng, K. (2025). *Ontario early adversity and resilience framework*. Public Health Ontario Adverse Childhood Experiences and Resilience Community of Practice. www.earlyadversityandresilience.ca
33. Huang, C. X., Halfon, N., Sastry, N., Chung, P. J., & Schickedanz, A. (2023). Positive childhood experiences and adult health outcomes. *Pediatrics*, 152(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060951>
34. Ross, N., Gilbert, R., Torres, S., Dugas, K., Jefferies, P., McDonald, S., Savage, S., & Ungar, M. (2020). Adverse childhood experiences: Assessing the impact on physical and psychosocial health in adulthood and the mitigating role of resilience. *Child Abuse and Neglect*, 103, 104440. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104440>
35. Radford, A., Toombs, E., Zugic, K., Boles, K., Lund, J., & Mushquash, C. J. (2022). Examining adverse childhood experiences (ACEs) within Indigenous populations: A systematic review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(2), 401-421. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00393-7>
36. Arena, J. F., Adriani, B., Mancino, S., Sarno, F., Modesti, M. N., Del Casale, A., & Ferracuti, S. (2025). Gender diversity and mental health: A systematic review of the impact of childhood trauma. *Psychiatry International*, 6(1), 13. <https://www.mdpi.com/2673-5318/6/1/13>
37. Statistics Canada. (2022). *2019 General Social Survey - Canadians' Safety: Technical report*. https://www.statcan.gc.ca/en/statistical-programs/document/4504_D1_V1

Rapport ©
Wellesley Institute 2025

201, rue Gerrard E.
Toronto, ON M5A 2E7

wellesleyinstitute.com

