IMPACT DU FAIT D'ÊTRE TÉMOIN DE VIOLENCE CONJUGALE SUR LA SANTÉ MENTALE D'ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 12 ANS DE FAMILLES D'IMMIGRATION RÉCENTE ET QUÉBECOISES

Vania Jimenez
Jean-François Saucier
Jacques D. Marleau
Catherine Murphy
Antonio Ciampi
Brigitte Côté
Guo Tong

Rapport présenté au
Conseil québécois de la recherche sociale
et à la
Régie régionale de la santé et
des services sociaux de Montréal-Centre

Version janvier 2003

CLSC CÔTES-DES-NEIGES, CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE

Cette étude a été réalisée par le Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges en collaboration avec le CLSC Bordeaux-Cartierville, le CLSC St-Louis du Parc, la Maison Transit 24, l'Auberge Shalom. L'Accueil et Les Enfants de l'Espoir grâce à une subvention du Conseil québécois de la recherche sociale et de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.

Le Centre de recherche et de formation regroupe des chercheurs qui, dans certains cas, sont également rattachés à divers autres organismes.

Voici les rattachements institutionnels de chacun des auteurs de ce rapport.

Vania Jimenez: Direction de la santé publique de Montréal-centre; Université McGill – Département de médecine familiale; CLSC Côte-des-Neiges.
Jean-François Saucier: Hôpital Ste-Justine – Département de psychiatrie; CLSC Côte-des-Neiges – Centre de recherche et de formation.
Jacques Marleau: CLSC Côte-des-Neiges – Centre de recherche et de formation; Université McGill – Département de médecine familiale
Catherine Murphy: CLSC Côte-des-Neiges – Programme Enfance-famille.
Antonio Ciampi: Université McGill – Département de médecine familiale.
Guo Tong : Université McGill – Département de médecine familiale.
Brigitte Côté: CLSC Côte-des-Neiges; Direction de la santé publique de Montréal-centre.

Conception et supervision
Vania Jimenez, Jean-François Saucier et Catherine Murphy

Coordination de la recherche et analyse
Vania Jimenez, Jean-François Saucier, Antonio Ciampi, Guo Tong et Jacques Marleau.

Rédaction du rapport final
Vania Jimenez et Jacques Marleau

Collaborateur
Brigitte Côté

ISBN 2-9806297-0-7

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 1999

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 1999

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES II

REMERCIEMENTS V

INTRODUCTION VI

CHAPITRE 1 5

1.1 PRÉVALENCE DU PHÉNOMÈNE DE LA VIOLENCE CONJUGALE 7

1.2 LES ENFANTS QUI GRANDISSENT DANS DES FOYERS OÙ ILS SONT TÉMOINS DE VIOLENCE CONJUGALE 8

1.3 COMBIEN D'ENFANTS SONT RÉELLEMENT TÉMOINS DE VIOLENCE CONJUGALE? ... 9

1.4 L 'IMPACT SUR LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS. ÉBAUCHE D'EXPLICATION DE LA "CHAÎNE" DE LA VIOLENCE 10

1.4.1 Les enfants témoins de violence conjugale versus les enfants de foyers non violents 11

1.4.2 Quels sont les facteurs de risque et de protection chez les enfants témoins de violence conjugale? 13

1.4.2.1 Les caractéristiques de l'enfant 14

1.4.2.1.1 Le sexe des enfants témoins de violence conjugale 14

1.4.2.1.2 L 'âge des enfants témoins de violence conjugale 16

1.4.2.1.3 Les autres caractéristiques témoins de violence conjugale des enfants 18

1.4.2.2 Les caractéristiques de la famille 19

1.4.2.3 Les caractéristiques de l'environnement 21

1.4.3 Théories expliquant le lien entre le fait d'être témoin de violence et les problèmes psychosociaux des enfants 22

1.4.4 Synthèse critique des écrits 24

1.4.5 Programmes de prévention en santé mentale dans le contexte des enfants témoins de violence conjugale 27

1.4.5.1. Évaluation de la présence de violence conjugale.... 27
1.4.5.2. La prévention primaire 29
1.4.5.3. La prévention secondaire 30
1.5 RÉSUMÉ DE SECTION 34
1.6 LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS IMMIGRANTS 36
1.6.1 Programme de prévention auprès de populations immigrantes 38
1.7 EFFET COMBINÉ DE L'IMMIGRATION ET DU FAIT D'ÊTRE TÉMOIN DE VIOLENCE CONJUGALE SUR LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS 39

CHAPITRE 2 42
2.1 QUESTIONS DE RECHERCHE 43
2.2 MÉTHODOLOGIE 44
2.2.1 L'échantillon 44
2.2.2. Le processus de recrutement 49
2.2.3.1. Les variables indépendantes 51
2.2.3.1.1. Les variables se rapportant à l'enfant lui-même 51
2.2.3.1.2. Les variables se rapportant à la famille 52
2.2.3.1.3. Les variables se rapportant à l'environnement. 56
2.2.3.2. Les variables dépendantes: mesures de la santé mentale de l'enfant 57

CHAPITRE 3 60
3.1 IMPACT DU FAIT D'ÊTRE TÉMOIN DE VIOLENCE CONJUGALE SUR LA SANTÉ MENTALE D'ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 12 ANS 62
3.1.1. Enfants vivant dans une famille violente versus ceux de familles non violentes 62
3.1.2. Enfants vivant dans une famille violente et réellement témoins de violence conjugale versus les enfants vivant dans une famille violente et non témoins de violence conjugale 66
3.2 L'IMPACT DU FAIT D'ÊTRE DE FAMILLES D'IMMIGRATION RÉCENTE VERSUS LE FAIT D'ÊTRE DE FAMILLES QUÉBÉCOISES DANS LA PROBLÉMATIQUE DE LA VIOLENCE CONJUGALE 72
3.3 EFFET COMBINÉ DES DEUX VARIABLES: (1) VIVRE DANS UNE FAMILLE VIOLENTE ET (2) ÊTRE D'UNE FAMILLE D'IMMIGRATION RÉCENTE 75

3.3.1. Combinaison de l'impact d'être de famille d'immigration récente et de vivre dans une famille violente *77*

3.3.2. Combinaison immigration récente et le fait d'être réellement témoin ou non de violence conjugale *81*

3.4 IMPACT DU TEMPS D'ARRIVÉE DES ENFANTS 86

3.5 ÉCHELLE DE BERRY 90

3.6 VARIABLES ASSOCIÉES AUX PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE: FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION 93

3.7 CORRÉLATIONS ENTRE LA PERSPECTIVE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT EN TERMES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE 103

CHAPITRE 4 ..... **114**

CHAPITRE 5 ..... **126**

BIBLIOGRAPHIE **132**

REMERCIEMENTS

Ce projet de recherche a été réalisé grâce au financement obtenu de deux organismes: le Conseil québécois de la recherche sociale (RS-2505) et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre (Projet no. 10, année 1995-1996).

De plus, la réussite de ce projet revient en grande partie aux intervenants et intervenantes qui nous ont aidés au cours de la phase ardue du recrutement des sujets. Nous tenons à remercier les intervenantes du CLSC Côte-des-Neiges, du CLSC St-Louis du Parc, du CLSC St-Laurent, ainsi que celles du CLSC Bordeaux-Cartierville. L'inestimable contribution de Catherine Murphy, infirmière au CLSC Côte-des-Neiges et pionnière de ce projet est à souligner; son implication à plusieurs étapes de la recherche, en particulier lors de la phase critique du recrutement, a été déterminante pour la réalisation de ce projet.

D'autres intervenant(e)s travaillant dans des maisons d'hébergement ou des organismes pour des familles défavorisées nous ont également aidés lors de la phase de recrutement. Nous pensons spécifiquement à la Maison Transit 24, l'Auberge Shalom, la Maison l'Accueil et l'organisme des Enfants de l'espoir. Nous remercions les femmes et les hommes qui ont participé à cette étape importante; sans ces partenaires, ce projet n'aurait pu être réalisé.

Également, ce travail s'est effectué grâce aux deux agentes de recherche qui ont réalisé les nombreuses entrevues dans des conditions quelquefois ardues. Leur minutie et leur débrouillardise ont été des éléments-clés dans la réussite des entrevues. Nous remercions donc Josée Kassabian et Patricia Turnier.

Nous tenons également à remercier Madame Célia Rojas-Viger et Monsieur Gilles Rondeau qui ont lu et commenté ce document. Leurs

commentaires, parfois inclus intégralement, furent essentiels lors de la dernière phase de la réalisation de cet ouvrage.

Enfin, nous tenons à exprimer notre gratitude à toutes les personnes, femmes et enfants, qui ont collaboré à la réalisation des entrevues.

INTRODUCTION

À ce moment de notre histoire scientifique où nous célébrons avec pompe l'avènement de la biologie moléculaire et des neurosciences, la réalisation par des intervenants de la santé (médecins, infirmières, etc.) de recherches traditionnellement faites par des intervenants sociaux devient, selon nous, de plus en plus importante. Ceci pour deux raisons:

1) La recherche sociale dans le domaine médical a essentiellement deux fonctions. La première consiste à s'assurer que les paradigmes ontologique et écologique soient toujours présents afin de mieux comprendre la réalité humaine. La deuxième vise l'élaboration d'un nouveau modèle médical, mieux équilibré, dans lequel le paradigme écologique prendra beaucoup plus de place dans la compréhension des phénomènes psychosociaux.

2) Certaines recherches ont montré que même si on peut encore parler maintenant de "biologie universelle", il y a des histoires culturelles, nationales, familiales qui ont un impact profond sur cette biologie universelle, voire la "biologie" fondamentale elle-même (Maldonado, 1998). En quelque sorte, la biologie est historique. Au plan individuel et familial, il y a aussi des cultures et des histoires familiales qui sont similaires ou dissonantes du fond culturel général des familles, qui doivent être également prises en compte dans la recherche sociale ou dans les actions préventives en santé publique.

Ce sont avec ces éléments en tête que nous nous sommes lancés, comme intervenants en santé, dans ce projet de recherche sociale.

Facteurs contextuels de ce projet

Il serait rassurant de penser que notre société est arrivée au point où tous les enfants de tous les types d'environnement ont la possibilité de grandir protégés de la dépression, de l'anxiété et de tous les problèmes de santé mentale. La réalité est cependant différente. Les professionnels sont en effet souvent confrontés à des enfants qui sont témoins de violence conjugale; de façon plus

spécifique, des intervenants de première ligne travaillant avec des clientèles multiethniques se questionnent sur l'effet combiné du fait d'être témoin de violence conjugale et d'être de famille d'immigration récente sur la santé mentale des enfants.

La violence conjugale représente un problème important au Canada. Les données de l'Enquête sur la violence faite aux femmes (Rodgers, 1994a; 1994b) indiquent que 51% des femmes depuis l'âge de 16 ans ont été victimes au moins une fois de violence physique ou sexuelle. De ces femmes, 40% déclarent que leurs enfants sont témoins de violence conjugale et 61% de ces agressions sont assez sérieuses pour que la femme soit blessée. Aux États-Unis, plusieurs auteurs confirment qu'un pourcentage élevé d'enfants sont également témoins de violence conjugale.

Un mythe subsiste dans notre société, à savoir que les enfants victimes de maltraitance physique sont plus à risque de manifester une panoplie de problèmes que ceux seulement témoins de violence conjugale; pourtant, les enfants témoins de violence conjugale sont des victimes involontaires et invisibles. Plusieurs auteurs croient qu'ils sont même plus vulnérables que ceux directement victimes de violence. Les données des dernières années indiquent que la variable qui prédit le mieux le comportement violent des hommes est le fait d'avoir été témoin de violence au cours de leur enfance (Hotaling et Sugarman, 1986; Kalmuss, 1984; Rodgers, 1994a, 1994b; Rosenbaum et O'Leary, 1981). Ce dernier point confère une importance à l'acquisition d'habiletés de prévention chez les professionnels de première ligne qui travaillent avec des enfants témoins de violence conjugale.

Spécifiquement, trois éléments sont à la base de ce projet:

1) En premier lieu, les professionnels de santé de première ligne sont souvent en contact avec des enfants qui sont et/ou qui ont été témoins de violence conjugale. Une des situations les plus frustrantes pour les intervenants est de ne pas savoir comment et où intervenir pour briser la

chaîne de la violence conjugale. Les professionnels qui ont adopté dans leur pratique quotidienne le paradigme écologique ou l'approche systémique sont souvent interpellés par ce problème de société.

2) De plus en plus de professionnels de première ligne prennent conscience non seulement de l'origine psychologique de certaines maladies, communément appelées maladies psychosomatiques (ex. : douleurs abdominales récurrentes, mal de tête, etc.) mais également du lien incontournable entre le corps et l'esprit. La littérature récente montre que la dépression chez les enfants peut être masquée par des douleurs abdominales, des maux de tête ou des troubles de l'alimentation (Garber, Zeman et Walker, 1990; Kowal et Pritchard, 1990).

3) La prévention secondaire constitue un souci pour l'ensemble des intervenants de première ligne travaillant dans le domaine de la santé publique. À ce titre, ce ne sont pas tous les enfants qui ont grandi dans des familles violentes qui manifesteront des problèmes de santé mentale ou qui deviendront des hommes violents ou des femmes qui seront abusées. La question fondamentale est celle-ci: quels sont les facteurs de protection, sur lesquels un professionnel de la santé peut appliquer son énergie afin de briser la chaîne de la violence conjugale? En d'autres mots, quels sont les facteurs de protection de l'enfant (les facteurs de type familial et environnemental) sur lesquels un professionnel peut agir?

Pour l'élaboration et la réalisation de ce projet, nous avons effectué une recension des écrits exhaustive qui inclut plus de 200 articles. Cette recension sera résumée au cours de la prochaine section.

Les résultats des recherches antérieures montrent que les enfants témoins de violence conjugale sont plus à risque de développer des troubles intériorisés et/ou extériorisés comparativement à ceux de foyers non violents. Cependant, peu d'auteurs ont tenté de déterminer les facteurs de protection. De plus, en ce qui concerne l'effet combiné de l'immigration et du fait d'être témoin de violence conjugale, nous avons constaté qu'aucune recherche n'a porté sur l'impact du fait d'être de famille d'immigration récente chez des enfants témoins de violence conjugale.

Cette recherche a trois objectifs principaux:

1) déterminer l'impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale d'enfants âgés de 6 à 12 ans ;

2) déterminer l'impact du fait d'être de famille d'immigration récente et étudier l'effet de cette dernière variable combinée avec le fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale des enfants, ainsi que d'étudier les variables habituellement associées à l'acculturation (tel que le temps d'arrivée) en termes d'association avec les problèmes de santé mentale des enfants de familles d'immigration récente ;

3) étudier les facteurs de protection spécifiques à cette population, mais généralisables à l'ensemble des enfants.

Notre recherche avait aussi un objectif secondaire, celui d'étudier la concordance entre deux mesures de santé mentale de l'enfant (le Child Behavior Checklist (CBCL) de Achenbach et Edelbrock (1983) et le questionnaire Dominique de Valla et coll. (1994a, 1994b)).

Le premier chapitre présente une revue exhaustive de la littérature sur les différents sujets qui seront traités. Le chapitre 2 expose la méthodologie de notre recherche et le chapitre 3 présente les résultats. Enfin, le chapitre 4 est une discussion portant sur les résultats et des recommandations pour l'intervention.

CHAPITRE 1

RECENSION DES ÉCRITS

Cette recension des écrits a été divisée en **sept sous-sections**. La première porte sur la prévalence du phénomène de la violence conjugale. La seconde section rapporte l'effet, à 1'âge adulte, d'avoir grandi dans des foyers violents. La troisième vise à mieux délimiter l'ampleur du phénomène. La section suivante traite de l'impact de la violence conjugale sur la santé mentale des enfants qui en sont témoins, des variables associées (comme facteurs de risque ou de protection) aux problèmes de santé mentale et présente les explications avancées par certains auteurs afin de comprendre le lien entre le fait d'être témoin de violence conjugale et la manifestation de problèmes de santé mentale. La cinquième résume les sections précédentes. La sixième section est axée sur la santé mentale d'enfants de familles d'immigration récente et enfin, la dernière porte sur l'effet combiné du fait d'être témoin de violence conjugale et de famille d'immigration récente.

1.1 PRÉVALENCE DU PHÉNOMÈNE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Il existe différentes formes de violence dans notre société: violence physique, émotionnelle, économique, etc. (Chenard, 1994; Fortin et Chamberland, 1995). Il est possible de retrouver ces différentes formes de violence à l'intérieur des familles sous la forme de conflits entre les conjoints, entre les parents et les enfants ou entre les frères et sœurs.

La violence conjugale physique constitue un problème social majeur au Canada et aux États-Unis. Une recherche récente (L'Enquête nationale de Statistique Canada sur la violence envers les femmes (ENVF)) indique qu'environ trois femmes sur dix, mariées, l'ayant déjà été, vivant ou ayant déjà vécu en union libre, ont été victimes d'au moins un acte de violence physique ou sexuelle de la part de leur conjoint à un moment donné durant leur union (Rodgers, 1994a, 1994b).

D'autre part, plus de la moitié des répondantes de l'échantillon de 12 300 femmes déclare avoir été agressée physiquement ou sexuellement au moins une fois depuis l'âge de 16 ans[1]. Il est important de mentionner qu'il est possible que le nombre de femmes violentées soit plus élevé en réalité car plusieurs femmes n'ont certainement pas osé le déclarer à l'intervieweur au moment de l'entrevue téléphonique.

Auparavant, les données canadiennes les plus souvent citées étaient celles de McLeod (1980), à l'effet qu'une femme canadienne sur dix était maltraitée par son mari ou son ex-conjoint chaque année. Les données présentées ci-dessus tendent à démontrer que le phénomène avait été sous-estimé, mal mesuré ou encore qu'il y a eu une progression du phénomène de la violence conjugale physique depuis environ quinze ans.

Les données américaines ressemblent sensiblement aux données canadiennes; en effet, les auteurs déclarent qu'entre 20% et 30% des femmes rapportent des épisodes de violence physique survenus spécifiquement au cours de leur mariage (Fantuzzo et Lindquist, 1989). D'autres auteurs déclarent que 30% à 50% des femmes américaines ont été violentées au cours de leur vie (Davis, 1988). Il semble donc qu'un pourcentage élevé de femmes nord-américaines subissent ou ont subi au moins un acte de violence physique depuis leur enfance.

1.2 LES ENFANTS QUI GRANDISSENT DANS DES FOYERS OÙ ILS SONT TÉMOINS DE VIOLENCE CONJUGALE

Plusieurs auteurs affiment que les enfants qui grandissent dans des foyers où leur mère est agressée physiquement auront tendance à reproduire le

1. Lors de cette enquête, les définitions retenues étaient celles du Code criminel canadien portant sur les voies de fait simples et l'agression sexuelle.

comportement de leur père dans leurs relations futures avec les femmes (Allen, 1991), ce que plusieurs auteurs associent au processus d'apprentissage social. Les données canadiennes et américaines indiquent hors de tout doute que plusieurs enfants vivant dans des familles violentes sont témoins de violence conjugale. Comme le suggérait Rodgers (1994a), ces données sont alarmantes compte tenu du fait que selon plusieurs auteurs, le fait d'avoir été témoin d'actes de violence perpétrés contre leur mère, est l'indicateur le plus important pour prédire le comportement des hommes violents et de leurs victimes (Hotaling et Sugarman, 1986; Kalmuss, 1984; Rodgers, 1994a, 1994b; Rosenbaum et O'Leary, 1981). Ces données confirment, en partie, la théorie du cycle de violence qui se perpétue d'une génération à l'autre, à savoir qu'un homme ayant assisté à des scènes de violence où sa mère était violentée est plus susceptible d'agresser sa conjointe alors qu'une femme ayant assisté aux mêmes scènes risque davantage d'être victime d'agression. À titre d'exemple, les données de l'ENVF montrent que «les femmes se faisant violenter par leur mari étaient trois fois plus susceptibles que les femmes dans des mariages non violents de déclarer que leur beau-père était violent envers son épouse, et deux fois plus susceptibles d'avoir assisté à des actes de violence commis par leur père à l'endroit de leur mère» (Rodgers, 1994a). Il est toutefois important de noter que ce ne sont pas tous les hommes qui ont été témoins de violence qui deviennent des hommes violents à l'égard de leur conjointe.

1.3 COMBIEN D'ENFANTS SONT RÉELLEMENT TÉMOINS DE VIOLENCE CONJUGALE?

Certains auteurs avancent l'idée qu'un pourcentage élevé d'enfants sont témoins des actes de violence physique dans la maison. Au Canada, le nombre d'enfants témoins de violence conjugale a été estimé à 110 000 au milieu des années 80 (McCleod, 1985).

Plus récemment, Leighton (1989) a constaté que dans 68% des cas de violence envers la mère, au moins un des enfants en a été témoin (voir également Kérouac, Taggart et Lescop, 1986). Selon les données de l'ENVF, près de 40% des femmes victimes de violence physique déclarent que leurs enfants ont été témoins des actes de violence qu'elles ont subis (Rodgers, 1994a). De façon spécifique, Rodgers (1994a) note, dans 52% des relations conjugales où les enfants ont été témoins de violence, que les femmes craignaient pour leur vie. Dans 61% des familles où les enfants ont été témoins de la violence, la femme a été blessée. D'autres auteurs canadiens considèrent que ce pourcentage pourrait être encore plus élevé. Jaffe Suderman et Teitzel (1992) considèrent que 40% à 80% des enfants sont exposés à la violence subie par leur mère.

Aux États-Unis, au cours des dernières années, les estimations proposées varient entre 3.3 millions et 10 millions (Carlson, 1984; Strauss et Gelles, 1990; Westra et Martin, 1981) d'enfants qui auraient été témoins de violence conjugale. Walker (1984) rapporte que 87% des enfants dont la mère est victime de violence sont témoins des agressions. Hinchey et Gavelek (1982) rapportent que 41% à 55% des enfants sont présents au moment des interventions policières lors des conflits familiaux. Le pourcentage d'enfants ayant été témoins de ces actes est certainement plus élevé si l'on tient compte que certains enfants ont pu quitter les lieux avant l'arrivée des policiers.

1.4 L'IMPACT SUR LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS. ÉBAUCHE D'EXPLICATION DE LA "CHAÎNE" DE LA VIOLENCE

Le fait d'être témoin de violence conjugale est associé à différents problèmes chez les enfants et les adolescents (Allen, 1991; Berman, 1993; Burman et Allen-Meares, 1994; Burman, John et Margolin, 1987; Davis, 1988; Elmer, 1977; Emery, 1982; Ericksen et Henderson, 1992; Fantuzzo et Lindquist, 1989; Gage, 1990; Garceau Durand, 1990; Gleason, 1995; Henderson, 1990, 1993;

Henning et coll., 1996; Hilton, 1992; Humphreys, 1984, 1991, 1993; Jaffe, Hastings et Reizel, 1991; Jaffe, Hurley et Wolfe, 1990; Jaffe, Sudermann et Reitel, 1992; Jaffe, Wolfe et Wilson, 1990; Kashani et coll., 1992; Kérouac, Taggart et Lescop, 1986; Koranda, 1993; Levine, 1975; Lewis, 1996; McAlister Groves, 1993, 1996; McCloskey, Figueredo et Koss, 1985; Moore et coll.,1992; Osofsky, 1996 Pelcovitz et Kaplan, 1994; Peled, 1993; Pfouts, Schopler et Henley, 1982; Post et coll., 1981; Radford, 1987; Rhea et coll., 1996; Rosenberg et Rossman, 1990; Silvern et Kaersvang, 1989, Sopp-Gilson, 1980; Sternberg et coll., 1994; Suh et Abel, 1990; Thormaehlen et Bass-Feld, 1994; Tomkins et coll., 1994; Wildin et Williamson, 1991; Wolfe et Jaffe, 1991; Wolfe et Korsch, 1994; Yates, 1996; Zeanah et Scheeringa, 1996; Zuckerman et coll., 1995). Par ailleurs, le fait d'être témoin de violence dans la communauté est aussi un élément important dont il faut tenir compte dans la compréhension des problèmes de santé mentale (Cooley-Quille, 1995; Cooley, Turner et Beidel, 1995; Martinez et Richters, 1993; Osofsky, 1993; Richters et Martinez, 1993; Taylor et coll., 1994).

1.4.1 Les enfants témoins de violence conjugale versus les enfants de foyers non violents

Pour bien illustrer la situation des enfants témoins de violence conjugale, Hershorn et Rosenbaum (1985) et Rosenbaum et O'Leary (1981) les ont décrits comme des victimes indirectes et involontaires de la violence conjugale. Humphreys (1993) déclare même qu'ils sont plus vulnérables que ceux victimes de maltraitance physique. Depuis quelques années, un consensus se dégage selon lequel les enfants témoins de violence conjugale seraient à risque de manifester ou de développer un éventail de problèmes de type intériorisé (ex. : troubles d'anxiété, dépression, etc.), de type extériorisé (ex. : agressivité, délinquance, etc.), de type cognitif (ex. : la violence peut devenir un moyen de régler les conflits, etc.), de type social (ex. : difficulté à se faire des ami(e)s, etc.) ou de type physique (ex. : maux de tête, de ventre, etc.) (Kolbo, Blakely et

Engleman, 1996; Pâquet-Deehy, 1995). Cependant, il est important de noter que les enfants témoins de violence conjugale ne forment pas un groupe homogène; certains enfants peuvent manifester plusieurs problèmes alors que d'autres peuvent n'en présenter aucun. D'ailleurs, un des défis des recherches dans ce secteur est de déterminer les facteurs de protection qui permettent à un entant de bien se développer dans un environnement à haut risque.

Les premières recherches sur l'impact du fait d'être témoin de violence conjugale ont été réalisées par des intervenants-cliniciens. Leur clientèle provenait de cabinet de consultation médicale (Gayford, 1975; Hilberman et Munson, 1978; Levine, 1975, Moore, Galcius et Pettican, 1981; Rousaville et Weissman, 1977), de centres de traitement (Jacobson, 1978; Porter et O'Leary, 1980) ou de refuges pour femmes violentées (Hinchey et Gavelek, 1982; Westra et Martin, 1981). En général, ces travaux montrent que plusieurs effets négatifs sur la santé des enfants et/ou des adolescents peuvent survenir tels que : l'insécurité, le manque de confiance en soi, des troubles d'anxiété, l'apparition de comportements agressifs, des troubles du sommeil, etc.. À titre d'exemple, la recherche-action de Garceau Durand (1990; 195), effectuée à la maison d'hébergement «Le coin des femmes» à Sept-Îles, révèle que les enfants «sont susceptibles de développer de l'insécurité avec les conséquences qui en découlent : culpabilité, angoisse, agressivité, etc.». Chez les enfants de 6 à 11 ans, elle retrouve généralement des problèmes reliés à l'alimentation, des problèmes scolaires, des problèmes de comportement, des problèmes émotifs et l'émergence de la contradiction (Garceau Durand, 1990). Bien qu'éclairantes, ces recherches présentent cependant trois problèmes méthodologiques majeurs: l'absence d'échantillon contrôles, le non-usage d'instruments normalisés[2], et des échantillons composés de certains enfants ayant été victimes de maltraitance physique de la part d'un ou des deux parents.

---

[2] D'autres auteurs utilisent comme groupe contrôle, les échantillons normatifs constitués avec les études de validation initiale de certains instruments de mesure (Davis et Carlson, 1987; Hughes et Barad, 1983; Randolph et Conkle, 1993; Westra et Martin, 1981).

En général, les données indiquent que les enfants témoins de violence conjugale manifestent plus de problèmes extériorisés (Fantuzzo et coll., 1991; Hershorn et Rosenbaum, 1985; Jaffe et coll., 1986a, 1986b; Wolfe et coll., 1986), intériorisés (Christopoulos et coll., 1987; Fantuzzo et al., 1991; Holden et Ritchie, 1991; Jaffe et coll., 1986a; Jaffe et coll., 1986b; Sternberg et coll., 1993;), physiques (Pâquet-Deehy, 1995; Westra et Martin, 1981) et moins d'aptitudes sociales (Fantuzzo et coll., 1991; Jaffe et coll., 1986a; Wolfe et coll., 1988) et cognitives (Jaffe, Wilson et Wolfe, 1988; Moore et coll., 1992; Rosenberg, 1987) que ceux de foyers non-violents, surtout au cours des dernières années (pour une recension des écrits récente, voir Kolbo, Blakely et Engleman, 1996). De plus, le pourcentage de ceux ayant des problèmes de nature clinique est beaucoup plus élevé que celui des enfants de foyers non-violents (Christopoulos et coll., 1987; Holden et Ritchie, 1991; Jouriles, Murphy et O'Leary, 1989; Rosenbaum et O'Leary, 1981; Sternberg et coll., 1993; Wolfe et coll., 1985). Mentionnons que, à notre connaissance, les recherches sur le sujet sont toutes de type transversal (c'est-à-dire qu'elles se rapportent à une période précise dans le temps) et qu'elles suggèrent une association[3] entre le fait d'être témoin de violence conjugale et certains problèmes psychosociaux et de santé des enfants.

1.4.2 Quels sont les facteurs de risque et de protection chez les enfants témoins de violence conjugale?

Trois types de variables, agissant comme facteurs de risque ou de protection, sont associés classiquement à la santé mentale de l'enfant : les caractéristiques de l'enfant lui-même, celles de la famille et celles de l'environnement (Grizenko et Fisher, 1992; Rutter, 1985).

---

[3] Rappelons qu'une association n'indique pas le sens de la relation.

Les enfants témoins de violence conjugale ne présentent pas nécessairement tous des problèmes d'adaptation. En effet, ils ne forment pas un groupe homogène puisque chaque enfant présente des facteurs individuels, familiaux et sociaux qui lui sont particulier et qu'en conséquence, les effets sont variables. Moore et coll. (1992) définissent trois types de facteurs protecteurs : les facteurs inhérents à l'enfant (ex. : une bonne estime de soi, etc.), les facteurs inhérents à la famille (ex. : une bonne relation avec la mère et les membres de la fratrie, etc.) et ceux reliés à la communauté (ex. : un bon réseau de soutien communautaire au-delà de la famille, etc.). Rutter (1985) mentionne que les facteurs de protection peuvent améliorer la réaction de l'enfant à une situation à haut risque.

➢ 1.4.2.1 Les caractéristiques de l'enfant

Les caractéristiques des enfants les plus étudiées dans ce domaine de recherche sont certainement le sexe et l'âge des enfants. Seulement quelques auteurs ont tenté de déterminer l'impact d'autres variables telles que le tempérament de l'enfant (O'Keefe 1994b) sur leur santé mentale des enfants témoins de violence conjugale.

➢ 1.4.2.1.1 Le sexe des enfants témoins de violence conjugale

Plusieurs études portant sur les enfants témoins de violence conjugale distinguent les garçons des filles. De l'étude des garçons témoins de violence conjugale, il ressort que ces derniers présentent plus de troubles intériorisés (Jaffe et coll., 1986a; 1986b), plus de troubles extériorisés (Hershorn et Rosenbaum, 1985; Jaffe et coll., 1986a, 1986b) et moins d'aptitudes sociales (Jaffe et coll., 1985; Jaffe et coll., 1986a) que ceux de foyers non-violents. Jaffe et coll. (1985) se sont attardés aux différents items composant les troubles extériorisés, les troubles intériorisés et les compétences sociales afin de différencier les garçons témoins de violence conjugale de ceux provenant de

familles non-violentes. Les premiers manifestent plus de difficultés que les seconds au niveau des relations sociales et des activités scolaires, deux items composant les aptitudes sociales. Au niveau des problèmes de comportements, huit facteurs sur neuf sont significatifs (agressivité, délinquance, etc.).

En moyenne, les garçons témoins de violence conjugale et ceux victimes de maltraitance physique présentent plus de troubles intériorisés que les garçons issus de milieux non-violents (Jaffe et coll., 1986b). Toutefois, en ce qui concerne spécifiquement les troubles extériorisés, les écarts sont significatifs entre les trois groupes; les garçons victimes de violence manifestant le plus de problèmes de comportement, ceux témoins viennent au second rang, suivi de ceux du groupe contrôle arrivant au dernier rang.

Les données de Burman, John et Margolin (1987), Jaffe et coll (1986a), O'Keefe (1994a) et de Porter et O'Leary (1980) montrent chez les garçons une corrélation positive entre le fait d'être témoin de violence à la maison et les problèmes d'adaptation. Spaccarelli, Sandier et Roosa (1994) soulignent toutefois que le degré de violence visualisée par les garçons ne semble pas associé à des problèmes d'estime de soi, de dépression et des troubles des conduites.

L'examen des données existantes relatives aux filles montre que celles témoins de violence conjugale manifestent en moyenne plus de troubles intériorisés (Jaffe et coll., 1986a; Christopoulos et coll., 1987, Sternberg et coll., 1993), plus de troubles extériorisés (Christopoulos et coll., 1987; Sternberg et coll., 1993) et moins d'aptitudes sociales (Jaffe et coll., 1986b) que celles issues de foyers non-violents. Spaccarelli et coll. (1994) soulignent que plus les filles sont témoins de violence conjugale, plus elles sont susceptibles de développer des troubles intériorisés.

L'ensemble des données en rapport avec le sexe tend à démontrer que les garçons témoins de brutalité à l'égard de leur mère sont plus susceptibles de développer des problèmes d'adaptation que les filles de familles violentes. Il est possible qu'ils soient plus vulnérables au stress durant l'enfance du fait que les parents se disputent plus fréquemment devant les garçons que les filles (Grizenko et Fisher, 1992). D'autres auteurs ont avancé l'hypothèse que les filles exposées à la violence conjugale sont plus susceptibles de montrer des problèmes d'adaptation au cours de leur adolescence ou de leur vie adulte. Une recherche de Forrstrom-Cohen et Rosenbaum (1985) semble confirmer cette hypothèse : les jeunes adultes de sexe féminin témoins de violence conjugale lorsqu'elles étaient plus jeunes sont plus déprimées et agressives que celles ayant vécu dans une famille non-violente ou perturbée par la discorde familiale.

D'autre part, certains auteurs considèrent que les filles manifestent plus souvent des troubles intériorisés et les garçons plus souvent des troubles extériorisés chez des populations d'enfants témoins de violence conjugale (Forrstrom-Cohen et Rosenbaum, 1985; Garceau-Durand, 1990; Hinchey et Gavelek, 1982; Holden et Ritchie, 1991; Pâquet-Deehy, 1995; Westra et Martin, 1981). «Les filles ont davantage tendance à manifester du repliement, de la passivité (patience infinie), de l'insécurité (tendance à s'accrocher, à se faire approuver, servilité), alors que les garçons manifestent extérieurement et verbalement leur agressivité par des excès de colère, des bagarres et une faible tolérance à la frustration» (Garceau Durand, 1990; 21). Il est important de mentionner que certaines filles témoins de violence conjugale peuvent présenter des problèmes de type extériorisés et certains garçons, des troubles de type intériorisé.

➢ 1.4.2.1.2 L 'âge des enfants témoins de violence conjugale

Quelques auteurs ont travaillé avec des échantillons d'enfants à la fois témoins et victimes de violence divisés en sous catégories d'âge (Holden et Ritchie, 1991; Hughes, 1988; Hughes et Barad, 1983; Hughes, Parkinson et

Vargo, 1989). Les données de trois de ces recherches montrent que les enfants de moins de 6 ans témoins de violence conjugale manifestent en moyenne plus de problèmes psychosociaux (selon la perception de leur mère) que ceux plus âgés (Hughes et Barad, 1983; Hughes, 1988; Holden et Ritchie, 1991). Seuls Hughes, Parkinson et Vargo (1989) notent un résultat opposé, à savoir que les enfants de 6 à 8 ans et de 9 à 12 ans présentent en moyenne plus de problèmes que les enfants de 4 à 5 ans. Ils indiquent également une interaction entre l'âge et le groupe de l'enfant : les enfants à la fois témoins et victimes de violence et ceux uniquement témoins de violence conjugale, âgés de 6 à 8 ans, manifestent en moyenne plus de problèmes d'ajustement que ceux de foyers non violents. Aucune différence significative n'apparaît entre les groupes d'enfants âgés de 4 à 5 ans et ceux de 9 à 12 ans.

Peu d'auteurs ont travaillé avec des enfants uniquement témoins de violence conjugale âgés de moins de 6 ans, la majorité des auteurs ayant travaillé avec des enfants âgés de 6 à 12 ans approximativement. La recension des écrits ne dénombre que 9 articles portant sur ce type de problématique (Fantuzzo et coll., 1991; Hinchey et Gavelek, 1982; Holden et Ritchie, 1991; Hughes, 1988; Hughes et Barad, 1983; Hughes et coll., 1989; Rosenberg, 1984; Stagg, Wills et Howell, 1989; Westra et Martin, 1981). De même, peu de recherches portent sur les enfants témoins de violence conjugale âgés de plus de 13 ans (Carlson, 1990; Randolp et Conkle, 1993). Les données de Carlson (1990) montrent que les garçons témoins de violence conjugale sont plus susceptibles d'avoir effectué une fugue, présenté des idéations suicidaires et frappé leur mère comparativement à ceux non-témoins de violence. Randolp et Conkle (1993) rapportent que les adolescents témoins de violence conjugale présentent, du moins selon la perception des parents et des professionnels, plus de problèmes de nature intériorisée et extériorisée et moins d'aptitudes sociales. À noter cependant qu'aucune différence n'apparaît lorsque les garçons s'évaluent eux-mêmes.

Il serait intéressant de mieux cerner et comprendre l'effet de l'âge et du sexe des enfants témoins de violence conjugale en tant que facteurs médiateurs sur les problèmes d'adaptation. Hughes, Parkinson et Vargo (1989) estiment qu'il est important d'évaluer l'impact de ces deux variables dans les recherches ultérieures, malgré les possibilités élevées d'interactions statistiques. À notre connaissance, une seule recherche a évalué l'effet de ces variables de façon simultanée chez des enfants témoins de violence conjugale (Wolfe et coll., 1985). Leurs résultats ne révèlent aucune interaction statistique entre l'âge, le sexe et les groupes étudiés.

➢ 1.4.2.1.3 Les autres caractéristiques témoins de violence conjugale des enfants

Des variables autres que le sexe et l'âge des enfants ont été utilisées dans certains devis de recherche en épidémiologie telles que les variables neurobiologiques, le tempérament, la compétence sociale, le niveau intellectuel et le retard scolaire (Valla et Bergeron, 1994). Dans la littérature sur les enfants témoins de violence conjugale, seuls quelques auteurs ont tenté de déterminer l'impact de ces variables sur la santé mentale des enfants. Le tempérament a souvent été considéré comme une variable dépendante, soit une mesure de psychopathologie de l'enfant (Holden et Ritchie, 1991). Une seule recherche, à notre connaissance (O'Keefe, 1994a), a incorporé le tempérament comme une variable indépendante dans leur devis de recherche. Les enfants témoins de violence conjugale ayant une bonne estime de soi et un bon tempérament semblent plus susceptibles de bien s'adapter (O'Keefe, 1994a). Moore et coll. (1992) suggèrent que l'estime de soi et le tempérament sont les deux facteurs les plus importants pour comprendre pourquoi certains enfants exposés à la violence conjugale ne sont pas atteints dans leur équilibre mental. La variable "tempérament" a un statut contesté en épidémiologie; en effet, certaines de ces caractéristiques se confondent avec certains critères associés à la psychopathologie (Valla et Bergeron, 1994). D'autres caractéristiques de l'enfant

ont aussi été analysées telles que les compétences sociales (Christopoulos et coll., 1987), le niveau intellectuel (Christopoulos et coll., 1987) et les compétences scolaires (Wildin, Williamson et Wilson, 1991). Ces variables ont été toutefois utilisées comme étant des variables dépendantes.

➢ 1.4.2.2 Les caractéristiques de la famille

Plusieurs variables sont associées à la fois à la présence ou non de violence conjugale et aux problèmes psychosociaux des enfants (Hurley et Jaffe, 1990). Certains auteurs considèrent que la violence conjugale affecte de façon directe et indirecte les problèmes d'adaptation des enfants (Jaffe, Wolfe et Wilson, 1990). «Des analyses de régression ont confirmé que la violence familiale est étroitement associée à d'autres facteurs importants, telles que l'adaptation maternelle et les familles défavorisées, qui contribuent probablement aux problèmes de comportement décelés chez les enfants qui voient leur mère brutalisée (Jaffe et coll., 1989)». D'autre part, Wolfe et coll. (1985) indiquent également que la violence conjugale et le stress maternel expliquent 19% de la variance des problèmes de comportement des enfants et 16% de la variance des aptitudes sociales.

Plusieurs auteurs (Chénard, 1994; Chénard, Cadrin et Loiselle, 1994; Jaffe et coll., 1985; Jaffe et coll., 1986c, Moore et coll., 1989; Wolfe et coll., 1985; Kérouac et Taggart, 1994) révèlent que les mères brutalisées ont plus de problèmes somatiques, d'anxiété, d'insomnie et de dépression que les mères d'échantillons contrôles. De plus, d'autres recherches confirment que les enfants ayant le plus de problèmes d'adaptation sont ceux exposés à une fréquence et à une intensité de violence élevées (Jaffe et coll., 1986a; Porter et O'Leary, 1980; Rosenberg, 1984; Wolfe et coll., 1985). Ces résultats semblent indiquer que les problèmes de comportement des enfants témoins de violence sont hautement tributaires de l'adaptation de la mère et du degré de violence physique à la maison.

Plus les facteurs de stress sont nombreux dans une famille (violence conjugale, trois enfants et plus, sept déménagements et plus, etc.), plus les problèmes de comportement de l'enfant sont élevés et plus la santé générale de la mère diminue.

«Les mères qui ont signalé moins de symptômes et de changements dans leur propre fonctionnement avaient également tendance à faire état de moins de problèmes de comportements chez leurs enfants. Il est parfaitement concevable que le fonctionnement de la mère (ex. : la diminution de la capacité parentale) joue pour beaucoup dans l'adaptation de l'enfant à la violence dans la famille» (Jaffe et coll., 1985).

Une étude récente de Spaccarelli, Sandier et Roosa (1994) indique plusieurs variables associées à la violence à l'égard des femmes telles que le divorce, le niveau de scolarité de la mère, le revenu familial annuel, les problèmes d'alcool du père et de la mère et l'incarcération du père. Une analyse de régression multiple a démontré que les facteurs historiques (un problème d'alcool de la mère), démographiques (la taille de la famille) et la violence conjugale expliquent 11% de la variance des problèmes de conduite chez les filles.

D'autres variables semblent impliquées dans l'étiologie des problèmes d'adaptation des enfants témoins de violence conjugale. Une analyse de régression par étape révèle que le degré de violence visualisé par les enfants et les stratégies agressives de discipline employées par les mères sont associés de façon significative aux problèmes de conduites des enfants (O'Keefe, 1994a; voir aussi Hershorn et Rosenbaum, 1985).

Les données de Holden et Ritchie (1991) montrent que les mères de foyers violents sont plus stressées et que les pères violents sont moins impliqués dans l'éducation des enfants (selon la perception des mères). Les auteurs retrouvent également plus de comportements inconsistants reliés à l'éducation des enfants

dans les foyers violents (ex. : la mère est plus affectueuse à l'égard de son enfant lorsque le conjoint est absent). Les résultats de l'analyse de régression indiquent deux variables ayant une contribution significative dans l'explication des problèmes de santé mentale des jeunes enfants de famille violente : le niveau élevé de stress maternel et l'irritabilité du père.

La relation avec la mère a été moins étudiée en association avec les problèmes de santé mentale des enfants (Bergeron et coll., 1992). Les comportements et les interactions coercitifs sont les aspects qui ont été les plus étudiés (Valla et Bergeron, 1994). Les recherches ultérieures devraient être axées sur la détermination des différentes composantes qui constituent la relation mère-enfant comme, par exemple, l'examen des comportements de soins à l'égard des enfants. Une meilleure compréhension des différentes composantes de la relation mère-enfant permettrait aux intervenantes d'être mieux outillées afin d'aider les enfants témoins de violence conjugale. À notre connaissance, peu d'auteurs ont tenté d'évaluer l'impact de ce type de variable (Burman, John et Margolin, 1987; Holden et Ritchie, 1991).

➢ 1.4.2.3 Les caractéristiques de l'environnement

Récemment, certains auteurs ont proposé que la violence dont sont témoins les jeunes enfants dans la communauté serait associée en partie aux problèmes de psychopathologie des enfants (Osofsky, 1995; Taylor et coll., 1994;). Par exemple, les données de Taylor et coll. (1994) indiquent qu'un enfant sur 10 constituant son échantillon a été témoin d'une attaque au couteau ou au revolver en dehors du foyer.

Peu d'auteurs ont tenté de délimiter l'impact du support social en tant que facteur de protection chez les enfants qui sont témoins de violence à la maison (Kolbo, 1997). Kolbo (1997) a développé un instrument pour mesurer le support social, le "*Supportive Relationship Questionnaire*", et ses résultats montrent que

plus un garçon reçoit de support social, et cela peu importe le nombre d'évènements violents auxquels il a été exposé, plus son estime de soi est élevé.

1.4.3 Théories expliquant le lien entre le fait d'être témoin de violence et les problèmes psychosociaux des enfants

Rosenbaum et O'Leary (1981) considèrent que les problèmes d'adaptation des enfants témoins de violence conjugale peuvent résulter de plusieurs facteurs : l'exposition à des scènes de violence conjugale, l'exposition à un climat de discorde familiale se déroulant parallèlement aux épisodes de violence, la peur que leur mère ou eux-mêmes soient gravement blessés et la possibilité que les enfants soient maltraités physiquement par leur père et/ou leur mère. Certains auteurs se questionnent à savoir si une mauvaise relation de couple est aussi dommageable pour les enfants que le fait d'être témoin de violence conjugale.

Récemment, Jaffe, Wolfe et Wilson (1990) affirmaient que la violence conjugale affecte de façon directe et indirecte les problèmes d'adaptation des enfants. Ils estiment que l'exposition à des scènes de violence conjugale provoque du stress et de la peur chez les enfants. Les problèmes d'adaptation des enfants résulteraient, en partie, de ces éléments négatifs.

Le fait d'être témoin de violence conjugale constitue un événement traumatisant pour les enfants (Humphreys, 1993; Wolfe et Jaffe, 1991). Une grande proportion des enfants témoins de violence conjugale présenteraient des symptômes qui correspondent au syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Ces symptômes sont fortement associés à la sévérité des événements visualisés, la personnalité de l'enfant et les ressources disponibles. Deux mécanismes peuvent expliquer la présence d'un syndrome de stress post-traumatique : le conditionnement et les événements secondaires (Wolfe et Jaffe, 1991). Le conditionnement constitue la façon par laquelle un événement traumatisant devient associé à un stimulus particulier (ex. : un individu, un

endroit, etc.). Ce mécanisme joue probablement un rôle important dans l'apparition des problèmes d'adaptation des enfants. Les événements secondaires, tels que les déménagements et/ou les séparations des parents, peuvent augmenter le stress chez les enfants et rendre plus difficile l'adaptation au stresseur original, soit la violence familiale. Seulement quelques auteurs ont étudié ce phénomène chez des enfants témoins de violence conjugale (Landis, 1989; Lehmann, 1997; Rossman, 1994). À titre d'exemple, la recherche de Landis (1989) indique que plus de la moitié des 20 enfants de son échantillon témoins d'actes de violence contre leur mère souffrent de SSPT.

De son côté, Emery (1989; cité dans Humphreys, 1993) présente un modèle afin d'expliquer les réactions des enfants témoins de violence conjugale. Il considère que les enfants deviennent angoissés et stressés lorsqu'ils se rendent compte des brutalités dont est victime leur mère. Ces enfants développeraient alors certains comportements pour diminuer leur stress ou protéger leur mère, comportements dont la fonction consisterait en partie à diminuer les conflits parentaux.

Certains auteurs croient que la visualisation de la violence agit de façon directe sur les troubles extériorisés des enfants par modélisation. La théorie de l'apprentissage social a souvent été employée comme cadre d'analyse dans les recherches sur les enfants témoins de violence conjugale. Les enfants, particulièrement les garçons, deviendraient plus agressifs et désobéissants par l'intermédiaire de ce mécanisme. Les troubles intériorisés peuvent également se développer par modélisation. En effet, les symptômes dépressifs de la mère sont considérés comme des facteurs de risque quant aux troubles intériorisés (Moore et coll., 1992).

Enfin, Holden et Ritchie (1991) ont proposé une explication basée sur les différences sexuelles en termes de techniques de parentage. Une de leur explication sous-entend que la discorde parentale résulte d'une augmentation du

stress maternel et que le stress est en partie lié à la diminution de l'implication du père auprès des enfants. Conséquence de ce stress, les mères s'impliqueraient moins avec leurs enfants. Ce modèle a le mérite d'inclure le rôle du père dans la compréhension des problèmes de santé mentale des enfants.

1.4.4 Synthèse critique des écrits

Plusieurs auteurs ont critiqué les recherches effectuées sur les enfants témoins de violence conjugale (Fantuzzo et Lindquist, 1989; Fantuzzo et coll., 1991; Holden, Geffner et Jouriles, 1998).

Dans certaines recherches, les auteurs n'ont pas pris la peine d'analyser de façon séparée les enfants uniquement témoins de violence conjugale et ceux à la fois témoins et victimes de maltraitance physique (ex. Westra et Martin, 1981; Wildin et Williamson, 1991). Il est donc difficile d'évaluer l'impact du fait d'être uniquement témoin de violence conjugale sur les problèmes psychosociaux des enfants. Seulement quelques auteurs ont évalué l'impact de différents types de violence sur les problèmes des enfants (Hughes, 1988; Hughes, Parkinson et Vargo, 1989; Fantuzzo et coll. 1991; Sternberg et coll., 1993). De plus, il est souvent difficile de savoir de quelle façon les enfants ont été "assignés" à un groupe à risque (c'est-à-dire présence de violence conjugale) ou à un groupe contrôle (absence de violence conjugale). La manière la plus courante consiste à utiliser l'échelle de résolution des conflits de Strauss et Gelles (1990); dans le cas ou une répondante déclare que son enfant a été victime de maltraitance physique, il est alors exclu de l'analyse. De plus, dans certaines études, les auteurs excluent automatiquement un enfant du groupe à risque si sa mère déclare qu'il n'a pas été témoin de violence conjugale. À notre avis, il est également essentiel de déterminer si oui ou non l'enfant a lui-même subi de la violence. Dans leur revue de la littérature, Fantuzzo et Lindquist (1989) notent que, dans 75% des études portant sur les enfants témoins de violence conjugale, la violence physique envers les enfants n'a pas été évaluée. Cette spécificité est

importante puisque les probabilités qu'un enfant soit maltraité sont beaucoup plus élevées lorsque la conjointe est battue. Certains auteurs suggèrent que près de 40% des enfants témoins de violence conjugale subissent aussi de la maltraitance physique (Jaffe et coll., 1986b).

Notons également que nous ne retrouvons, à notre connaissance, aucune recherche de nature longitudinale. Toutes les recherches rapportées dans ce document sont de type transversal; il est donc difficile de déterminer le sens de la relation entre certaines caractéristiques socio-démographiques, le degré de violence et les problèmes de nature psychosociale des enfants.

Peu d'auteurs ont évalué l'impact du fait d'être témoin de violence conjugale et d'autres variables de façon simultanée, à l'aide de méthodes multivariées, habituellement des analyses de régression multiple ou logistique (Wolfe et coll., 1995; O'Keefe, 1994a, 1994b; Spaccarelli, Sandler et Roosa, 1994). Ce type d'analyse devrait également tenir compte du degré de violence visualisé par l'enfant dans la famille. Depuis quelques années, certains chercheurs s'intéressent à cette variable (Rosenberg, 1984; O'Keefe, 1994a). Ainsi, il devient important de déterminer à quels moments et à quelle fréquence l'enfant a directement visualisé les scènes de violence.

Dans la majorité des recherches sur les enfants témoins de violence conjugale, les questionnaires sont complétés par les mères. Les recherches ultérieures devraient tenir compte de la perception du père et des enfants car la multiplicité des informateurs est nécessaire afin de comparer différentes perceptions, principalement en ce qui concerne les problèmes des enfants. Certains auteurs affirment que les enfants interrogés sont souvent sur la "défensive" (Hughes, 1988; Hughes, Parkinson et Vargo, 1989) et que les mères victimes de maltraitance physique ne sont pas toujours dans un état réceptif optimal pour répondre à certaines questions relatives à leur état et celui de leurs enfants. De plus, seul Sternberg, Lamb et Dawud-Noursi (1998) ont tenté de comparer les

évaluations des mères et des enfants pour les problèmes de santé mentale de l'enfant. Ces résultats portent malheureusement sur l'ensemble des enfants, de leur échantillon (enfants témoins de violence uniquement, victimes de maltraitance physique et vivant dans des foyers non violents). En effet, il aurait été beaucoup plus pertinent de vérifier le taux de concordance des deux acteurs dans chacun des sous-groupes mentionnés ci-dessus.

La plupart des échantillons des recherches identifiées dans la recension des écrits sont composés d'enfants résidant dans des refuges pour femmes battues au moment de l'enquête ce qui rend difficile la généralisation des résultats. Plusieurs auteurs considèrent que les mères autant que les enfants vivent un stress immense durant leur séjour dans ce type de maison (Fantuzzo et Lindquist, 1989). Il devient donc important de dissocier l'effet de violence conjugale du stress associé à cette situation transitoire. Une étude de Wolfe et coll. (1986) révèle que les mères résidant en maison d'hébergement pour femmes battues ont plus de problèmes de santé physique et/ou psychologique et leurs enfants ont moins d'aptitudes sociales que les mères et leurs enfants ayant déjà résidé en maison d'hébergement et ne vivant plus dans un milieu violent. Emery et coll. (1986) (cité dans Wolfe et coll., 1986) observent que les enfants de son échantillon, témoins de violence conjugale, manifesteraient moins de troubles intériorisés quatre mois après avoir quitté le refuge pour femmes battues. Fantuzzo et coll. (1991) montrent que les enfants demeurant actuellement dans ces refuges présentent plus de troubles intériorisés et moins d'aptitudes sociales que ceux vivant dans un contexte de violence conjugale à la maison. Il est également possible que les femmes et les enfants qui se retrouvent dans un refuge pour femmes battues aient en moyenne plus de problèmes. Les futures recherches se doivent d'investiguer cette possibilité en comparant des femmes et des enfants vivant dans ces refuges et ceux vivant à un domicile fixe. De plus, plusieurs chercheurs s'interrogent à savoir si les résultats obtenus à partir de ce type d'échantillon sont représentatifs des enfants témoins de violence conjugale dans nos sociétés actuelles. Dans les refuges

également, on retrouve plusieurs types de femmes, rendant difficile la formation d'un groupe homogène.

1.4.5 Programmes de prévention en santé mentale dans le contexte des enfants témoins de violence conjugale

La revue sera présentée en trois parties : d'abord une revue des programmes qui ont pour but l'évaluation de la présence de violence conjugale, les programmes de prévention primaire et enfin les programmes de prévention secondaire.

➢ 1.4.5.1. Évaluation de la présence de violence conjugale

Plusieurs auteurs-cliniciens proposent que l'évaluation systématique de la violence conjugale soit effectuée lors des entrevues cliniques (Davis, 1988; Gage, 1990; Humphreys, 1993; Wolfe et Korsch, 1994). Certains auteurs présentent plusieurs exemples cliniques où le rôle de la violence dans la famille n'a jamais été évalué par les praticiens (Hurley et Jaffe, 1990) malgré des évidences de violence conjugale. D'autres soulignent que plusieurs intervenants ne veulent pas investiguer la présence d'une dynamique violente dans certaines familles. Les raisons avancées par les cliniciens sont nombreuses : la peur d'aborder le sujet, le manque d'entraînement avec ce type de clientèle, etc..

Il est donc important que les intervenants de première ligne, et en particulier les infirmières, les pédiatres, les travailleurs sociaux et les professionnels spécialisés en médecine familiale, incorporent dans leur curriculum quotidien le dépistage de la violence conjugale. La violence conjugale peut-être dépistée de plusieurs façons. Tout d'abord, l'évaluation de la présence de la violence peut se faire à partir de l'observation de la femme (signes et symptômes), puis par des questions simples. Les intervenants doivent établir une relation de confiance pour rendre cette méthode efficace. Afin d'investiguer cette problématique, des

auteurs-cliniciens spécialisés en sciences infirmières ont proposé certaines questions, comme par exemple : «Comment les conflits sont-ils résolus à la maison? Comment les décisions sont-elles prisent à la maison?», etc. (Gage, 1990). Des instruments standardisés de dépistage de la violence conjugale peuvent être aussi administrés aux enfants ou aux femmes lors d'entrevue dans les institutions de santé (voir Gendron, 1994; McCaughry et Cameron, 1994). Certains auteurs proposent même d'utiliser le " *Conflict Tactics Scale*" de façon systématique afin d'évaluer la présence de violence physique et/ou verbale dans le couple. Au Québec, on constate aussi une préoccupation en ce qui concerne les enfants témoins de violence conjugale; on n'a qu'à penser à la trousse de sensibilisation pour le dépistage des enfants témoins âgés de 3 à 5 ans réalisée par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et le CECOM de l'hôpital Rivière-des-Prairies (Laurin, Tremblay, Paradis et Peterson, 1997).

Une fois la présence de violence conjugale identifiée, les intervenants peuvent utiliser certains instruments afin d'évaluer le profil de santé mentale des enfants. Ces instruments peuvent être complétés par la mère ou par les enfants. La multiplicité des informateurs est préférable dans ces situations car certains auteurs laissent sous-entendre que les capacités de la mère à évaluer le profil de santé de ses enfants sont moins bonnes (Hughes, 1988; Hughes, Parkinson et Vargo 1989). Hughes, Parkinson et Vargo (1989) considèrent également que les enfants peuvent être sur la défensive lors des entrevues, ce qui peut contribuer à influencer les résultats. D'autres auteurs estiment que les mères violentées rapportent plus de problèmes chez leurs garçons que chez leurs filles, ce qui découlerait d'un biais négatif envers les hommes, conséquence de la violence du conjoint à leur endroit (Wolfe et coll., 1986).

➢ 1.4.5.2. La prévention primaire

La prévention primaire représente tous les types d'intervention pouvant prévenir la violence en général et, en particulier, la violence conjugale. En prévenant la violence conjugale, de façon indirecte, il devient possible d'enrayer le phénomène du fait d'être témoin de violence conjugale pour les enfants.

Humphreys (1993) suggère plusieurs types d'intervention primaire. Les deux plus importants constituent les interventions sociétales et l'implantation de programmes d'éducation. L'auteure favorise principalement des formes d'interventions basées sur la diffusion d'informations visant à diminuer le seuil de tolérance à l'égard de la violence (publicité, ateliers, conférences, etc.). Dans la province de Québec, plusieurs campagnes de sensibilisation ont déjà porté sur la violence conjugale et l'effet dommageable pour les enfants de l'observer ou de vivre dans ce type de climat chaotique et perturbateur.

Humphreys (1993) recommande également au système scolaire d'intégrer à l'éducation des enfants de l'information sur les effets de la violence et d'enseigner des valeurs pouvant contribuer à sa suppression (Humphreys, 1993). Jaffe, Wolfe et Wilson (1990) soulignent aussi l'importance des programmes de prévention primaire dans les systèmes scolaires. Enfin, Jaffe et coll. (1985) proposent une sensibilisation du grand public à tous les niveaux et présentent deux axes éducatifs importants : des programmes d'éducation pour les enfants qui ont été témoins de violence sans toutefois présenter de symptômes (en particulier les filles) et l'implantation de programmes de sensibilisation dans les écoles et dans la collectivité à l'intention des parents et des enfants.

Dès le plus jeune âge, les enfants doivent apprendre qu'il est inacceptable de régler les conflits par la violence et qu'il existe d'autres moyens pour les résoudre. Toutefois, à notre connaissance, aucun programme d'évaluation n'a

porté sur ce type d'intervention primaire en milieu scolaire dans la province de Québec. Cependant, depuis quelques années, certaines publicités visuelles contre la violence conjugale et la violence à l'égard des enfants (affiches, télévision, etc.) ont été diffusées. Mais ces interventions visant le grand public sont de nature ponctuelle et par là, moins efficaces à long terme. Les interventions primaires de type éducationnel du système scolaire constitueraient une alternative intéressante pour sensibiliser les enfants à des valeurs positives bien que, à notre connaissance, il n'existe pas de curriculum précis établi dans l'ensemble des commissions scolaires de la province. Il importe de combler le plus tôt possible cette lacune afin de tenter d'enrayer le phénomène général de la violence et celui plus spécifique de la violence conjugale.

➢ 1.4.5.3. La prévention secondaire

Ce type de prévention fait référence aux interventions des professionnels de santé lorsque les enfants témoins de violence conjugale sont identifiés. Les interventions visent donc à délimiter l'impact négatif du fait d'être témoin de violence conjugale sur les enfants et à réduire, voire même éliminer, les effets néfastes de cette violence. Humphreys (1993) considèrent que les interventions avec cette sous-population doivent varier selon l'âge des enfants et certaines variables familiales (ex.: la taille de la fratrie, la relation parents-enfants). Il devient important de capitaliser sur les facteurs de risque et de protection identifiés afin d'aider les enfants témoins de violence conjugale lors de rencontres avec des professionnels de la santé (ex. : intervention de groupe, rencontre individuelle, etc.).

Peu de programmes de prévention secondaire existent spécifiquement pour les enfants témoins de violence conjugale. Les séances de groupes semblent être la méthode privilégiée (Alessi et Hearn, 1984; Beaudoin et coll., 1998; Carlson, 1984; Crockford, Kent et Stewart, 1993; Gentry et Eaddy, 1980; Grusznski, Brink et Edleson, 1988; Jaffe, Wilson et Wolfe, 1988, 1989; Marangère,

Champagne et Poirier, 1998; Ménard, 1998; Peled et Edleson, 1992, 1995; Ragg et Webb, 1992; Roseby et Johnston, 1995; Tutty et Wagar, 1994; Wagar et Rodway, 1995). Par exemple, Alessi et Hearn (1984) ont ajusté leur intervention de groupe en fonction des caractéristiques de cette jeune population, à savoir que c'est une population transitoire dont l'âge varie considérablement. Les auteurs ont abordé un thème spécifique à chacune des 10 rencontres : 1) l'identification et l'expression des émotions; 2) qu'est-ce que la violence? ; 3) les mauvaises façons de résoudre les problèmes et les conflits; 4) les bonnes façons de résoudre les problèmes; 5) la sexualité et l'amour et 6) la clôture du programme.

Grusznski, Brink et Edleson (1988) ont également effectué des séances de *counseling* de groupe avec des enfants témoins de violence conjugale. Les thérapeutes ont vu les enfant durant 10 sessions. Les premières sessions étaient consacrées à l'élaboration d'une définition de la violence et à la formation de la cohésion du groupe. À partir de la 4^{ième} session, les thèmes suivants étaient discutés: 1) la responsabilisation de la violence dans la famille; 2) la honte et l'isolement ; 3) l'acquisition d'un plan d'urgence individualisé; 4) l'expression des émotions; 5) la résolution des conflits; 6) de l'information sur les rôles sexuels et 7) la construction de l'estime de soi.

Alessi et Hearn (1984) et Grusznski, Brink et Edleson (1988) considèrent qu'à la fin des séances de groupe, la plupart des enfants ont intériorisé plusieurs notions positives (augmentation de leur estime de soi, apprentissage de comportements non violents pour résoudre les conflits, etc). Leurs résultats se basent uniquement sur l'impression des cliniciens et ne présentent pas de conclusions vérifiées par des techniques standardisées.

Jaffe, Wilson et Wolfe (1988, 1989) ont eux aussi mis au point un programme d'intervention basé sur des rencontres de groupe. Ces séances de groupe d'une durée d'une heure et demie avaient lieu une fois par semaine pendant

10 semaines. La clientèle visée correspondait à des enfants âgés de 8 à 13 ans répartis en deux groupes (8 à 10 ans et 11 à 13 ans). Plusieurs sujets ont été abordés lors de ces séances : 1) l'identification des sentiments ; 2) le traitement de sa propre colère ; 3) l'acquisition de techniques de base en sécurité ; 4) l'identification et l'utilisation des soutiens sociaux ; 5) l'image de soi ; 6) la responsabilisation de la violence dans la famille ; 7) le traitement de l'incertitude face à l'avenir et 8) l'exploration des stéréotypes sexuels.

À notre connaissance, seulement deux équipes de recherche ont effectué des recherches évaluatives pour mesurer l'efficacité des programmes d'intervention de groupe (Jaffe, Wilson et Wolfe, 1988; Wagar et Rodway, 1995). L'efficacité du programme a été évaluée à partir des résultats des enfants au "*The Child Witness to Violence Interview*" (questionnaires complétés au début et à la fin du programme d'intervention). Les données de Jaffe, Wilson et Wolfe (1988) montrent que les enfants connaissaient plus de stratégies appropriées en situation d'urgence (ex. : composer le 911 ou se réfugier chez un voisin, etc.) et avaient une perception plus positive de leurs parents après une séance. Toutefois, peu d'amélioration a été observée à l'évaluation des troubles intériorisés, extériorisés et des aptitudes sociales entre la première et la dernière séance. De plus, 93% des mères croyaient que les enfants avaient aimé le groupe et 62% pensaient qu'ils avaient appris quelque chose au cours des séances. À la fin des sessions, 85% des enfants pouvaient identifier plus de deux choses positives en ce qui les concernent, comparativement à 55% avant le début. La plupart des enfants ne pardonnaient plus la présence de violence conjugale (Jaffe, Wilson et Wolfe, 1989).

Dans une recherche récente, Wagar et Rodway (1995) ont évalué le programme d'intervention de l'équipe de Jaffe, Wilson et Wolfe (1988). Ils considèrent que leurs données, quoique intéressantes, souffrent de l'absence de groupe contrôle. L'efficacité du programme a été mesurée à l'aide de l'entrevue "*The Child Witness to Violence Interview*" administrée aux enfants avant et après le

programme de 10 séances. Les données montrent qu'à la dixième rencontre, les enfants manifestent en moyenne moins d'attitudes négatives lorsqu'ils sont en colère et se responsabilisent moins pour les actes de violence commis entre leurs parents.

D'autres auteurs ont plutôt favorisé des interventions de type individuel (Davies, 1991; Gaensbauer, 1996; Hughes, 1982) ou familial (Gentry et Eaddy, 1980). L'intervention individuelle consiste à travailler les forces et les faiblesses de l'enfant. Il est également important de tenir compte de plusieurs variables telles que l'âge de l'enfant, ses capacités cognitives et son développement personnel dans le processus thérapeutique, ces variables étant susceptibles d'influencer la perception que l'enfant a de la violence, de ses habilités interpersonnelles et de sa compréhension de la responsabilisation de la violence familiale (Rosenberg et Rossman, 1988). L'intervention individuelle permet aux cliniciens de mieux cerner et comprendre les émotions de l'enfant. Ce type d'intervention constitue un outil d'intervention précoce.

Une recherche-action de Garceau-Durand (1990) menée auprès de jeunes enfants témoins de violence conjugale dans la région de Sept-Îles propose de sécuriser l'enfant lors de son séjour en maison d'hébergement de diverses façons, c'est-à-dire «en lui témoignant de l'affection, en favorisant la communication, en le valorisant, en le renseignant sur sa situation, et en développant autant que possible son autonomie».

L'intervention familiale consiste habituellement à donner de l'information à la mère sur plusieurs sujets reliés à l'enfant (l'amélioration des relations mère-enfant, la compréhension des besoins de l'enfant, etc.). Nous retrouvons ce type d'intervention principalement dans les refuges pour femmes battues. Habituellement, l'information est donnée à plusieurs femmes à la fois. La mise sur pied de services de *counseling* pour les femmes en maison d'hébergement

demeure une des avenues à investiguer afin d'améliorer le fonctionnement de la mère et en particulier la relation mère-enfant.

Les interventions individuelles et familiales sont décrites dans certains textes mais n'ont pas été évaluées de façon systématique. La plupart de ces interventions se déroulent dans les refuges pour femmes battues.

Jaffe et coll. (1985) ont proposé d'implanter des programmes d'assistance familiale et d'intervention en situation de crise, spécifiquement pour les enfants témoins de violence conjugale. Un type d'intervention a déjà été mis au point par Eth et Pynoos (1984). Il vise les enfants qui ont été témoins du meurtre de leur mère par le conjoint et qui souffrent du syndrome de stress post-traumatique.

Cette brève recension des écrits sur les interventions secondaires indiquent que peu de programmes ont été évalués, à l'exception du programme d'intervention de groupe de Jaffe, Wolfe et Wilson (1990).

1.5 RÉSUMÉ DE SECTION

En général, malgré les lacunes identifiées ci-dessus, les enfants témoins de violence conjugale manifestent en moyenne plus de difficultés dans plusieurs sphères de leur vie (ex. : troubles extériorisés, troubles intériorisés, capacité à résoudre des conflits, etc.). De plus, les données montrent sans l'ombre d'un doute que le fait d'être témoin de violence conjugale, en particulier lorsque le degré de violence est élevé à la maison, semble associé aux problèmes d'adaptation des enfants. Il importe de souligner que les résultats varient en fonction de l'âge et du sexe des enfants, ainsi que du type de violence considéré (Rosenberg et Rossman, 1990). Gulette (1988) affirme que l'hétérogénéité de certains résultats s'explique possiblement par le fait que les études sur la violence tiennent compte de deux types de familles violentes dans leur analyse,

soit des familles où la violence permet un contrôle social du conjoint et des familles où tous les membres peuvent être violents. La violence dans ces deux types de familles affecterait différemment les enfants. Les futurs protocoles de recherche devraient tenir compte de cette spécificité.

Compte tenu de ces résultats, il est alors surprenant de constater le peu de ressources consacrées aux enfants uniquement témoins de violence conjugale. Les recherches sur les enfants témoins de violence ont débuté uniquement au début des années 80 et peu de données existent sur les facteurs de protection et de risque associés à cette population "à risque", et en particulier sur les modèles explicatifs de l'émergence de problèmes de santé mentale (Jaffe et coll., 1986a, 1986b), expliquant en partie le manque de ressources offert à cette population. Les coupures effectuées dans le système de santé expliquent également les ressources limitées octroyées à ce type de population. Toutefois, le facteur le plus important semble être la banalisation par plusieurs décideurs politiques et intervenants du système de santé de l'impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur une variété de problèmes rencontrés par ces enfants. De nos jours, malgré les données alarmantes présentées ci-dessus, les enfants directement victimes de violence constituent une population plus avantagée au niveau des ressources. Il est vrai que les enfants à la fois témoins de violence et victimes de maltraitance physique présentent plus de problèmes en moyenne que les enfants uniquement témoins de violence. Comme le disait Peled (1993): "*Witnessing woman battering by children has not been recognized as a social problem by policy makers. This is evident in the lack of legislation and guidelines for social intervention, and in the limited number and scope of existing social service programs. (...) Different than child abuse, the problem of children who witness violence was not born in the "right place in the right time"*".

1.6 LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS IMMIGRANTS

En 1984, Aronowitz insistait sur le peu de recherches sur les problèmes d'adaptation et de santé mentale des enfants immigrants comparativement au nombre de recherches effectuées auprès des adultes immigrants. Depuis ce temps, les résultats des recherches portant sur le profil de santé mentale des enfants immigrants sont plutôt inconsistants (Beiser et coll., 1995). On peut dégager de la littérature trois types de résultats. Certaines recherches montrent que les enfants de familles immigrantes sont plus susceptibles de présenter des problèmes d'adaptation et/ou de santé mentale que ceux nés dans le pays où s'effectue l'étude (Bagley, 1972; Barakin, Konstantereas et de Bosset, 1989; Bradley et Sloman, 1975; Burke, 1980; Cochrane, 1979; Gaetner-Harnach, 1981; Graham et Meadows, 1967; Grizenko et Pawliuk, 1994; Nicol, 1971; Rodriguez, 1968; Rutter et coll. 1974; Steinhausen, 1985; Tabac, 1976). D'autres recherches révèlent plutôt l'inverse, c'est-à-dire que les enfants du pays hôte manifestent plus de problèmes d'adaptation et/ou de santé mentale (Burke, 1980; Cochrane, 1979, Earls, 1982; Kallarackal, 1976; Touliatos et Lindholm, 1980;) En dernier lieu, certains résultats pointent vers le fait qu'il n'y a pas de différence significative entre les enfants de familles immigrantes et ceux du pays d'accueil (Munroe-Blum et coll., 1989; Osborne, 1971; Touliatos et Lindholm, 1980).

Il est important de noter que plusieurs autres variables semblent associées aux problèmes d'adaptation des enfants de familles immigrantes et que cela pourrait expliquer l'inconsistance des résultats de recherche. Mentionnons que certaines variables comme le sexe des enfants semblent jouer un rôle important et que les variables mesurées par les auteurs en termes de problèmes d'adaptation et de santé mentale varient énormément (Aronowitz, 1984). De plus, il est important de mentionner que les informateurs concernant les problèmes d'adaptation psychosociale ne sont pas les mêmes d'une recherche à l'autre (ex. : un professeur, l'enfant lui-même, etc.). De plus, certains auteurs montrent que les

enfants de certains groupes culturels manifestent des problèmes tandis que d'autres semblent bien se comporter (Aronowitz, 1984). La recherche de Earls (1982), effectuée à partir d'un échantillon d'enfants âgés de 3 ans, montre que la prévalence de problèmes de santé mentale ne varie presque pas entre des enfants de famille des Antilles anglaises (nés en Angleterre) et des enfants britanniques: l'évaluation des problèmes de santé mentale a été faite par les mères. Il est toutefois important de noter que les types de problèmes diffèrent entre les deux groupes d'enfants: ceux des Antilles anglaises manifestent plus de problèmes de sommeil, d'alimentation et de langage que les enfants britanniques. Les données montrent également que tous les enfants antillais qui manifestent des problèmes de santé mentale ont une mère qui ne travaille pas tandis qu'une tendance se dégage auprès des enfants britanniques qui ont des problèmes : en général, leur mère travaille. D'autres variables sont associées aux problèmes de santé mentale des enfants des familles anglaises telles que le nombre d'événements stressants et la présence d'un problème de santé mentale chez la mère.

Beiser et coll. (1995) soulignent que ce n'est pas l'immigration en elle-même qui augmente les risques de troubles mentaux, mais plutôt les conditions associées à l'expérience de la migration. Ils considèrent que la situation économique constitue le facteur ayant le plus d'impact sur la santé mentale des enfants immigrants. Habimana et coll. (1999) identifient trois facteurs pouvant créer un contexte favorisant l'apparition des problèmes de santé mentale; les facteurs pré-migratoires (ex. : l'importance des traumatismes dans le pays d'origine), les facteurs post-migratoires (ex. : la situation économique, le support social) et les facteurs associés au cycle de vie. Un des facteurs les plus importants des problèmes d'adaptation des immigrants est le bris du réseau de soutien existant dans le pays d'origine et la difficulté en arrivant dans le pays d'hôte de constituer un nouveau réseau solide de soutien, particulièrement durant les premières années.

Récemment, Chang, Morrissey et Koplewicz (1995) notaient qu'il ne semble pas y avoir de lien entre le temps d'arrivée des enfants d'origine chinoise de son échantillon (arrivé depuis moins de 3 ans et plus de 3 ans) et les problèmes de psychopathologie contrairement à plusieurs auteurs qui avaient trouvé une association entre la présence d'une psychopathologie et le fait d'être arrivé depuis peu de temps dans le pays hôte (il semble se dégager de la littérature un consensus à savoir que prendre uniquement en compte le temps d'arrivée n'est pas suffisant). En effet, la plupart des recherches se basent sur cette mesure puisque le rationnel vient du fait que si un individu est arrivé depuis peu de temps dans son pays, il est par conséquent plus exposé à différents stresseurs et donc à plus haut risque de développer ou de voir apparaître des problèmes de santé mentale (à ce sujet, voir Chang, Morissey et Koplewicz, 1995; Naditch et Morissey, 1976; Rogler, Cortes et Malgady, 1991;). Une recherche de Pawliuk et coll. (1995) indique aussi que le style d'acculturation semble associé au fonctionnement psychosocial d'enfants immigrants d'origine asiatique. Leurs données démontrent que lorsque les parents acceptent la culture du pays hôte, les enfants semblent fonctionner beaucoup mieux au plan psychosocial. Les auteurs ont utilisé l'échelle de Berry (1987) afin de mesurer le degré d'acculturation des parents et des enfants.

1.6.1 Programme de prévention auprès de populations immigrantes

Les données relatives à l'utilisation des services associés à la santé mentale indiquent que les enfants nés à l'extérieur du Canada les utilisent beaucoup moins (Munroe-Blum et coll., 1989). D'autres recherches confirment que les enfants et les adultes immigrants ont aussi moins recours aux services psychiatriques (Morgan et Andrushko, 1977). Compte tenu que les enfants immigrants vivent plus souvent que les enfants d'origine dans un environnement économique et social moins favorisé, il semble logique de penser que leur santé mentale est une avenue qui est négligée (Munroe-Blum et coll., 1989). Les

membres de la famille ne sont pas toujours au courant des difficultés de leurs enfants. De plus, plusieurs sous-évaluent les problèmes tandis que d'autres sont réticents à chercher de l'aide (Minde et Minde, 1976; Williams et Westermeyer, 1983).

Malgré cette réticence à utiliser ces services, plusieurs existent spécifiquement pour les enfants immigrants et réfugiés (Beiser et coll., 1995).

1.7 EFFET COMBINÉ DE L'IMMIGRATION ET DU FAIT D'ÊTRE TÉMOIN DE VIOLENCE CONJUGALE SUR LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS

Il n'existe, à notre connaissance, que très peu de recherches qui aient tenté d'acquérir des connaissances sur le profil de santé mentale des enfants uniquement témoins de violence conjugale de familles d'immigration récente. Certains auteurs ont travaillé avec des échantillons composés en partie d'enfants de communautés culturelles (Fantuzzo et coll., 1989; O'Keefe, 1994a; Spacarelli, 1994; Tuakli-Williams et Carrillo, 1995), sans toutefois spécifier s'ils étaient issus de familles d'immigration récente. O'Keefe (1994a) constate que les garçons de type caucasien présentent plus de troubles extériorisés (agressivité, délinquance, hyperactivité, etc.) que ceux de race noire. Stagg, Wills et Howell (1989) ont montré une interaction entre le sexe et la race des enfants témoins de violence conjugale : les garçons de race blanche présentent plus de troubles extériorisés (ex. : troubles de conduites, etc.) que les autres catégories (garçons noirs et filles blanches et noires). Ils ont émis l'hypothèse que les garçons de race blanche proviennent probablement de familles vivant une multitude de stresseurs et ayant moins de support social.

Deux recherches, à notre connaissance, traitent des deux sujets combinés; celle de Martin, Gordon et Kupersmidt (1995) et celle de McCloskey et coll. (1995). La recherche de Martin, Gordon et Kupersmidt (1995) concerne cependant

seulement des enfants âgés de 8 à 11 ans de familles de migrants saisonniers et indique que ceux exposés à la violence conjugale (témoins et/ou victimes de violence) sont plus susceptibles de manifester des troubles intériorisés et extériorisés que des enfants de foyers non-violents.

La recherche de McCloskey et coll. (1995) porte un regard sur l'impact de la violence politique organisée et la violence familiale auprès de 70 femmes immigrantes et leurs enfants provenant du Mexique et d'Amérique centrale respectivement. Leurs données révèlent que les enfants des deux groupes manifestent plus de problèmes psychosociaux que les enfants de familles mexicaines non violentes. À notre connaissance, cette recherche est la première à s'être intéressé à l'impact de deux types de violence sur la santé mentale des enfants. En effet, plusieurs auteurs déjà ont tenté de déterminer l'impact de la violence politique organisée sur la santé mentale des enfants (Almqvist et Brandell-Forsberg, 1995; Garbarino et Kostelny, 1996; Macksound et Aber, 1996; Miller, 1996; Zahr, 1996).

Au Canada, à notre connaissance, nous retrouvons seulement deux sources de donnés qualitatives sur les problèmes d'adaptation des enfants des communautés culturelles témoins de violence conjugale. D'abord, Guberman et Hum (1994) qui dans leurs travaux, déclarent que les effets de la violence sur la santé des femmes sino-québécoises et de leurs enfants ressemblent beaucoup à ceux sur la santé de toutes les femmes qui subissent de la violence conjugale. Ensuite, à Vancouver, un groupe d'aide aux enfants hispanophones témoins de violence envers leur mère (*Groups for Spanish-speaking children who witnessed violence against theirs mothers : Family Services of Greater Vancouver*) dont les intervenants ont noté chez ces enfants des sentiments négatifs, des comportements difficiles à la maison et à l'école et une difficulté à gérer les conflits de façon adéquate.

Ces données suggèrent que le fait d'être témoin de violence dans son pays d'origine et/ou de violence dans sa famille et le fait d'être de famille d'immigration récente sont des variables dont il faut tenir compte afin de comprendre pourquoi certains enfants souffrent de problèmes de santé mentale.

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2.1 QUESTIONS DE RECHERCHE

Notre recherche pose 3 questions :

1) Quel est l'impact sur la santé mentale des enfants de 6 à 12 ans d'être témoins de violence conjugale?

2) Quel est l'impact sur la santé mentale de ces enfants d'être de familles d'immigration récente (arrivés au pays depuis moins de 10 ans) et de ces deux facteurs combinés?

3) Quels sont les facteurs de risque et de protection associés aux problèmes de santé mentale chez ces enfants?

À la suite de notre recension des écrits, nous avons développé un sous-objectif à la deuxième question. Nous avons voulu examiner spécifiquement l'impact sur la santé mentale des enfants du temps d'arrivée au pays de la famille, ainsi que le lien entre le score d'acculturation des mères et les problèmes de santé mentale des enfants.

Nous avons également développé un objectif secondaire. Nous avons voulu vérifier le taux de concordance entre la perception des mères et des enfants en ce qui concerne les problèmes de santé mentale et cela pour les différents types de familles de notre recherche. À notre connaissance, aucun auteur n'a effectué ce type d'analyse même si, au cours des dernières années, certains auteurs ont laissé sous-entendre que les perceptions des mères et des enfants pouvaient diverger en ce qui concerne l'évaluation de la santé mentale chez l'enfant et de la présence de violence dans la maison (voir Sternberg et coll., 1998). Les données de Sternberg et coll. (1998) portent sur l'ensemble de leur échantillon, c'est-à-dire des enfants de familles violentes et non violentes confondus. Nous croyons que le fait de ne pas tenir compte de la spécificité de chaque type de famille a contribué à rendre plus difficile l'interprétation de leurs résultats.

2.2 MÉTHODOLOGIE

La section "méthodologie" est divisée en 3 sections :

1) l'échantillon ;
2) le processus de recrutement ;
3) la description des variables (indépendantes et dépendantes) et les instruments de mesure utilisés.

Définitions

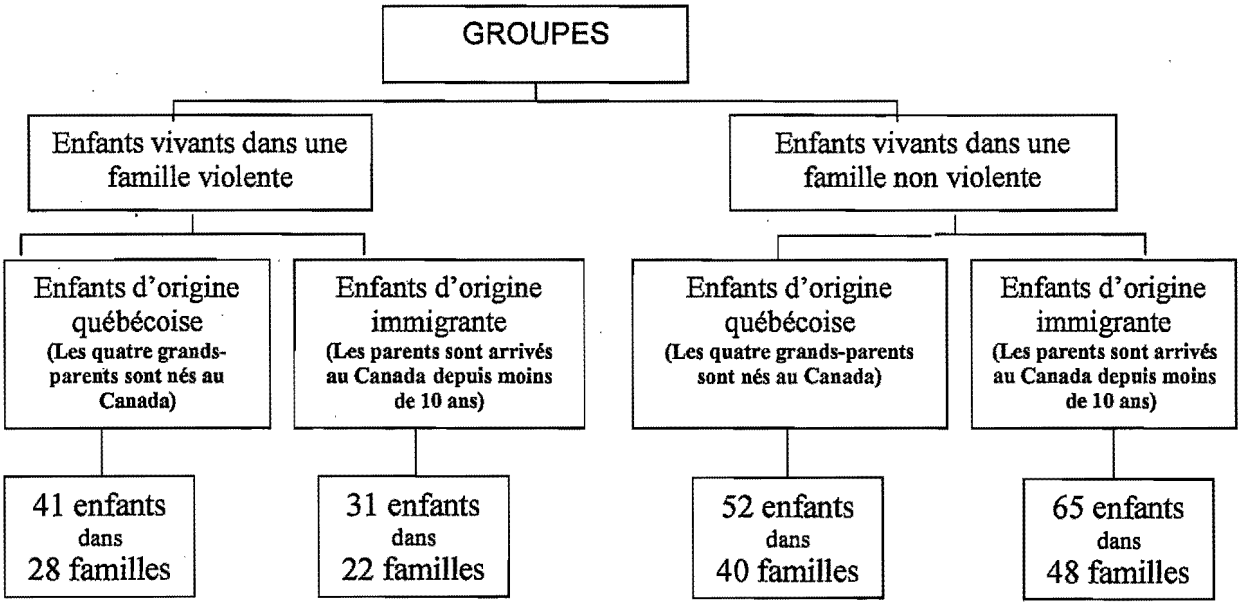
Dans ce rapport, l'expression "famille violente" désigne une famille où il s'est produit un "incident de violence conjugale physique" où la femme a été bousculée, agrippée ou poussée au moins une fois par son conjoint au cours des six derniers mois, le point de référence étant le moment de l'entrevue. À l'inverse, l'expression "famille non-violente" désigne une famille dans laquelle il ne s'est pas produit d'incident de violence conjugale physique.

Les "familles d'immigration récente" sont définies comme celles vivant dans la province de Québec et étant arrivées au Canada depuis moins de 10 ans. Les "familles québécoises (non-immigrantes)" sont celles vivant également dans la province du Québec et dont les quatre grands-parents des enfants sont nés au Canada.

2.2.1 L'échantillon

La population de cette recherche comprend 191 enfants âgés de 6 à 12 ans de 139 familles résidant dans la province de Québec dont les mères et/ou les enfants peuvent s'exprimer en français et/ou en anglais. Les sujets sont répartis dans quatre groupes, soit deux groupes à l'étude et deux groupes contrôle (voir la figure 1).

Figure 1. Répartition du nombre d'enfants selon le type de famille.



Les deux groupes à l'étude sont constitués de (1) 41 enfants de familles québécoises violentes et (2) 31 enfants de familles d'immigration récente violentes. Les deux groupes contrôle sont composés de (1) 52 enfants de familles québécoises non violentes et (2) 65 enfants de familles d'immigration récente non violentes.

Les enfants ont été classés dans les groupes de "familles violentes" si leur mère a été victime de violence conjugale physique (au minimum poussée et/ou agrippée) au moins une fois au cours des six derniers mois. La présence de violence a été évaluée à partir du questionnaire sur la résolution des conflits (Conflict Tactics Scale, Straus, 1979). Ce questionnaire permet de mesurer la fréquence et la sévérité de la violence subie par le ou la conjoint(e). Il comprend trois échelles mesurant des comportements adoptés lors de conflits entre les membres de la famille : l'utilisation du raisonnement, de la violence verbale et de la violence physique. Cette limitation aux six derniers mois permet de diminuer le biais possible associé au rappel de l'information. De plus, certaines modifications ont

été apportées au questionnaire. En effet, pour chacune des questions, nous avons demandé à la mère si oui ou non l'enfant avait été victime d'actes de violence physique. Cette information a permis d'exclure de notre échantillon les enfants victimes de maltraitance physique de la part de leur mère et/ou leur conjoint. Au total, 7 enfants ont été exclus des analyses qui vont suivre. Dans le cas où l'enfant était uniquement témoin, la mère devait évaluer combien de fois l'enfant avait été témoin de violence conjugale, cette dernière mesure nous permettant de quantifier le nombre de fois que l'enfant a été témoin d'actes de violence conjugale lors des six derniers mois. Cette technique est utilisée par certains auteurs depuis quelques années (Christopoulos et coll., 1987; Kolbo, 1996; Lehmann, 1997; O'Keefe, 1994a, 1994b; Rosenberg, 1984).

Nous sommes conscients que la définition d'un comportement violent (plus particulièrement violent au plan physique) varie d'un groupe culturel à l'autre. C'est pour les fins de cette étude que l'équipe de recherche a défini la violence physique par l'action minimale de pousser, agripper ou bousculer, puisque ces comportements dépassent un degré acceptable de violence permis dans la plupart des cultures.

Dans un souci de comparabilité, nous avons tenté d'apparier les 4 groupes d'enfants selon certaines variables socio-démographiques importantes, telles que l'ont montré Hughes (1988) et Hughes, Parkinson et Vargo (1989) dans leurs recherches. Les variables retenues sont indiquées au tableau 1.

Tableau 1. Variables socio-démographiques des quatre groupes d'enfants de la recherche.

Variable	Probabilité de différence significative entre les groupes	NOMBRE DE SUJETS
ÂGE DES ENFANTS	non significatif	182
Sexe des enfants	non significatif	182
Nombre d'enfants dans la famille	non significatif	181
Âge de la mère	non significatif	179
Âge du conjoint	non significatif	180
Nombre d'années de scolarité de la mère	0.000	132
Nombre d'années de scolarité du conjoint	non significatif	133
Travail rémunéré de la mère	0.001	180
Travail rémunéré du conjoint	non significatif	180
Indice socio-économique de Wilkins	0.001	177

Les quatre groupes de notre échantillon présentent des variables socio-démographiques équivalentes, à l'exception de trois variables : le nombre d'années de scolarité des mères, le pourcentage de mères qui travaillent et l'indice de statut socio-économique. Ainsi, dans notre échantillon, les femmes immigrantes sont plus scolarisées en moyenne que les femmes québécoises, les femmes québécoises sont plus nombreuses à occuper un emploi au moment de l'entrevue et elles présentent un niveau de vie plus élevé que les femmes immigrantes. Ces résultats n'étaient pas en soi surprenant, étant donné les conditions sociales générales des groupes d'immigration récente.

Il est important de noter que nous avons retenu dans notre échantillon uniquement des enfants de familles d'immigration récente. Aucune famille avec le statut de réfugié n'a été retenue lors de l'étape du recrutement. Nous voulions éviter d'avoir à évaluer des enfants qui auraient pu être témoins de violence organisée. Nous

n'avons pas mesuré le fait d'être témoin de violence dans la communauté d'origine. Le devis de cette recherche visait plutôt à comparer des mesures communes entre les enfants de familles québécoises et ceux de familles d'immigration récente.

Les enfants de familles d'immigration récente proviennent de 37 pays différents. L'examen du lieu d'origine de la mère selon les grandes aires culturelles indique que la distribution des enfants de familles violentes et non violentes est à peu près la même, sauf en ce qui concerne les enfants d'origine asiatique; aucun enfant de ce continent de famille violente ne se retrouve dans notre échantillon (tableau 2). La majorité des enfants de familles d'immigration récente sont nés à l'extérieur du Canada. 14% sont nés au Canada (tableau 3).

Tableau 2. Distribution des enfants selon le lieu d'origine de la mère et le statut de leur famille.

Statut de la famille	Amérique du Sud/Centrale	Europe	Afrique	Moyen-Orient	Asie	Total
Familles violentes	13	4	11	1	0	29
Familles non violentes	17	8	20	10	6	61
Total	30	12	31	11	6	90

Tableau 3. Lieu de naissance des enfants de familles d'immigration récente.

Lieu de naissance	Nombre	Pourcentage
NÉ AU CANADA	13	14.4%
Né à l'extérieur du Canada	77	85.6%

2.2.2. Le processus de recrutement

Les enfants de familles violentes, c'est-à-dire où la mère a été victime au moins une fois de violence physique au cours des six derniers mois, nous ont été référés principalement par des intervenantes des équipes "Enfance-Famille" du CLSC Côte-des-Neiges et d'autres CLSC partenaires du Centre de Recherche et de formation du CLSC Côte-Des-Neiges (CLSC St-Louis-du-Parc, CLSC Bordeaux-Cartierville et CLSC St-Laurent), par des intervenantes de maisons de refuge pour femmes violentées (l'Accueil, l'Auberge Shalom et Transit 24), par un intervenant dans un organisme d'aide aux familles défavorisées (Les enfants de l'espoir), de même que par le biais d'annonces dans les journaux. Les enfants des familles non-violentes proviennent de références effectuées par des intervenants des CLSC et aussi par l'intermédiaire d'annonces dans les journaux. Au début, nous voulions recruter les enfants témoins de violence conjugale uniquement auprès d'intervenants des CLSC afin de rencontrer des enfants vivant dans leur milieu naturel. En effet, certains auteurs suggèrent que les enfants témoins de violence conjugale recrutés dans des refuges peuvent présenter un stress supplémentaire associé au fait de vivre une situation transitoire. Ce n'est qu'en dernier recours que nous avons sollicité les maisons d'hébergement et ce afin de compléter l'échantillon et d'atteindre un nombre suffisant pour les analyses statistiques. Seize mères de notre échantillon proviennent de maisons d'hébergement.

Mentionnons également qu'au début de la recherche, un seul enfant par famille devait être choisi de façon aléatoire. Compte tenu des difficultés de recrutement, nous avons décidé d'intégrer à l'échantillon tous les enfants d'une famille lorsqu'ils étaient âgés de 6 à 12 ans.

Lorsqu'une mère était référée par un(e) intervenant (e) d'un CLSC ou d'une maison d'hébergement ou était intéressée à participer à cette recherche, il fallait s'assurer:

1) qu'elle avait au moins un enfant âgé de 6 à 12 ans ;
2) qu'elle était la mère biologique des enfants ;
3) qu'elle habitait ou avait habité jusqu'à tout récemment avec son conjoint au moment de l'enquête. Les mères séparées devaient avoir quitté leur conjoint depuis moins de six mois pour être retenues dans notre échantillon compte tenu que les questions portaient sur les six derniers mois. [4]

La période de recrutement s'est étendue de janvier 1996 à septembre 1997. Lorsqu'une mère acceptait de participer à ce projet, nous lui proposions soit qu'elle vienne au CLSC Côte-des-Neiges, soit que nous nous déplacions à son domicile ou, selon le cas, à d'autres CLSC ou à la maison d'hébergement.

Deux agentes de recherches ont été formées pour effectuer les entrevues avec la mère et les enfants; l'une est étudiante en psychologie et l'autre en travail social. Elles ont reçu une formation de quatre semaines afin de bien comprendre chacun des instruments de mesure utilisés lors de cette recherche. Lors de chaque entrevue, une agente aidait la mère à compléter les questionnaires et l'autre questionnait l'enfant. Les entrevues ont eu une duré moyenne d'une heure et demie. Chaque mère a signé un formulaire de consentement et reçu une compensation monétaire (20 dollars) pour sa participation à cette recherche.

Les instruments de mesure ont permis d'évaluer, d'une part, les variables indépendantes et d'autre part, les variables dépendantes. Les variables indépendantes expliquent en partie les variations du phénomène étudié et les variables dépendantes (la santé mentale de l'enfant) sont celles avec lesquelles on cherche à comprendre ou prévoir les variations (Scherrer, 1984).

---

4 À notre avis, l'inclusion des femmes ne vivant plus avec leur conjoint depuis plus de six mois aurait altéré nos résultats pour deux principales raisons. Dans le cas où le temps limite serait de 12 mois ou davantage, les informations obtenues pourraient être moins précises, spécialement pour les questions de quantité et d'intensité des événements violents. De même, le profil de santé mentale d'enfants ne vivant plus le problème de violence depuis longtemps serait certainement favorisé, comparativement à celui de ceux actuellement témoins ou jusqu'à tout récemment témoins de violence conjugale.

Les variables indépendantes ont été mesurées à partir de multiples questionnaires complétés par la mère afin d'obtenir des informations de nature psychosociale sur elle-même et l'enfant.

Les variables dépendantes, c'est-à-dire les mesures de santé mentale de l'enfant, ont été mesurées à partir d'un questionnaire administré aux mères (le CBCL de Achenbach et Edelbrock (1983) et de deux questionnaires administrés aux enfants: Le Dominique/Tony (Valla et coll., 1994b) et le questionnaire "À qui je ressemble" (Harter, 1982)). C'est l'ensemble de ces variables dépendantes qui nous permis de nous faire une image "composite" de la santé mentale des enfants de notre échantillon.

➢ 2.2.3.1. Les variables indépendantes

➢ 2.2.3.1.1. Les variables se rapportant à l'enfant lui-même

Âge et sexe de l'enfant

Ces deux variables importantes dans les protocoles de recherche en épidémiologie (Grizenko et Fisher, 1992; Valla et coll., 1994a) sont les deux variables dont l'effet est le plus souvent évalué chez les enfants témoins de violence conjugale (voir les sections 1.4.2.1.1 et 1.4.2.1.2). L'âge et le sexe des enfants ont été obtenus à partir d'un questionnaire socio-démographique complété par les mères lors de l'entrevue.

Cheminement scolaire

La question du cheminement scolaire a permis de savoir si l'enfant a déjà échoué ou non une année scolaire. Les recherches en épidémiologie ont souvent discuté de cette variable (soit comme variable dépendante, soit comme variable indépendante). Certaines recherches sur les enfants témoins de violence conjugale montrent que ces enfants obtiennent de moins bonnes notes en

moyenne que ceux de foyers non-violents (Moore et coll., 1992; Wildin et Williamson, 1991).

➢ 2.2.3.1.2. Les variables se rapportant à la famille

Événements stressants

L'échelle d'événements stressants de l'enfant ou de l'adolescent est une version modifiée du "*Life Events Checklist*" de Johnson et McCutcheon (1980) que l'on retrouve dans le questionnaire de l'Enquête sur la santé des jeunes québécois de 6 à 14 ans (Valla et coll., 1994a). Cette échelle constituée de 23 événements (considérés comme indésirables) est administrée aux mères qui doivent déterminer si ces événements se sont produits au cours des six derniers mois dans la vie de leur enfant (ex. : «Est-ce que votre enfant a été victime d'une agression physique par d'autres jeunes?», «Est-ce que votre enfant a vécu le décès d'un frère ou d'une soeur?», etc.). Il est important de noter que 13 événements sont évalués depuis la naissance de l'enfant.

La santé générale de la mère (General Health Questionnaire)

Ce questionnaire permet d'estimer le fonctionnement physique et émotionnel de la mère au cours des dernières semaines relativement à des problèmes somatiques, à l'anxiété, à la dépression et aux idéations suicidaires (Goldberg et Hillier, 1979). Chacune des sous-échelles est composée de 7 questions dont les réponses se distribuent sur une échelle à 4 points (de pas du tout (0) à beaucoup plus que d'habitude (3) et le score total varie de 0 à 84 – plus le score augmente et moins la santé de la femme est bonne). Ce questionnaire a été traduit en plusieurs langues (Stuart et coll., 1993) et une version courte du questionnaire à 12 questions est aussi disponible. Cette version a été utilisée chez des immigrants turcs en Australie et l'analyse factorielle effectuée à partir de leurs réponses a reproduit les quatre facteurs de Goldberg et Hillier (1979). Ce questionnaire a souvent été

utilisé dans les recherches portant sur les enfants témoins de violence conjugale (Jaffe et coll., 1986c; Wolfe et coll., 1985; Wolfe et coll., 1986).

Degré de violence subie par la mère et visualisée par l'enfant

L'Échelle de résolution lors des conflits (*Conflicts Tactics Scale*, Straus et Gelles, 1990) permet d'évaluer la fréquence et la sévérité de la violence verbale et physique utilisées dans la résolution de conflits par les deux conjoints. Cet instrument comprend trois sous-échelles : l'utilisation du raisonnement (ex. : «Il a discuté calmement», «Il a demandé ou essayé de demander à quelqu'un d'autre de vous aider», etc.), l'utilisation de la violence verbale (ex. : «Il vous a insultée ou injuriée», «Il a dit quelque chose dans le but de vous vexer», etc.) et l'utilisation de la violence physique (ex. : «Il vous a tapée ou donné la fessée», «Il a utilisé un objet pour vous frapper ou essayé de vous frapper», etc.). La sous-échelle mesurant l'agression physique est cornposée de 9 items répertoriant les comportements violents entre les conjoints et la consistance interne est de 0.92 (Wolfe et coll., 1985). D'autres questions permettant de quantifier la sévérité des événements dont les enfants ont été témoins au cours des six derniers mois ont été ajoutées, suivant en ceci l'exemple d'autres chercheurs dans ce domaine (Christopoulos et coll., 1987; Lehmann, 1997; O'Keefe, 1994a, 1994b; Rosenberg, 1984).

Événements stressants vécus par la mère

Le Sondage sur les expériences vécues (*Life Experience Survey*) de Sarason, Johnson et Siegel (1979) est un instrument de mesure qui rend possible l'estimation du degré de stress lié à 47 événements au cours des 12 derniers mois. Les répondants évaluent les effets positifs ou négatifs de ces événements (ex. : divorce, décès, etc.) à l'aide d'une échelle qui varie de -3 (très négatif) à +3 (très positif). La consistance interne de cet instrument s'établit à 0.82 (Wolfe et coll., 1985). De Man, Balkou et Iglesias (1987a) ont traduit le questionnaire en français

et évalué sa validité. Cet instrument a souvent été utilisé dans les recherches sur les enfants témoins de violence conjugale (Wolfe et coll., 1985; 1986).

Relation parent-enfant

Le questionnaire de comportements et attitudes des parents a été mis au point au Service de recherche de l'hôpital Rivière-des-Prairies. Une analyse factorielle effectuée par Bergeron et coll. (1993) a identifié trois dimensions : 8 questions évaluent les comportements de soins, 7 questions les attitudes favorisant l'autonomie et 8 questions les comportements punitifs. Cet instrument nous a permis d'évaluer pour notre échantillon, au cours des six derniers mois, la perception des mères de :

1) ses comportements à l'égard des soins de l'enfant (ex.: «Faites-vous des activités ensemble?», «Parlez-vous ensemble de ses activités, ses ami(e)s, ses résultats scolaires?», etc.) ;
2) ses attitudes favorisant l'autonomie de l'enfant (ex.: «Est-ce que vous lui permettez de choisir sa coupe de cheveux ou la façon de se coiffer?», «Est-ce que vous lui permettez de choisir ses vêtements de la journée?», etc.) ;
3) ses conduites punitives à l'égard de l'enfant («Le (la) punissez-vous en le (la) privant de ce qu'il (elle) aime?», «Vous arrive-t-il de crier après lui (elle)?», etc.).

Mentionnons que peu d'auteurs ont investigué l'impact de cette variable en tant que facteur de protection chez les enfants témoins de violence conjugale, et cela, malgré le grand potentiel de cette variable pour le domaine de l'intervention.

Il est important de mentionner que nous avons testé l'impact de trois questions inclues dans la dimension "punitive". Ces trois questions sont: «Le (la) punissez-vous en le (la) privant de ce qu'il (elle) aime?», «L'envoyez-vous au lit plus tôt que d'habitude, pour le (la) punir?» et «L'envoyez-vous dans sa chambre pour le (la) punir?». Ce mini-contruit faisant plutôt référence à la notion de restriction.

Qualité de la relation de couple

La qualité de la relation de couple a été évaluée à l'aide du "*Dyadic Adjustment Scale*" (Spanier, 1976). Cette évaluation porte sur les six derniers mois. On retrouve quatre sous-échelles : le niveau de consensus, de satisfaction, de cohésion et l'expression d'affectivité. Le score total de l'échelle oscille entre 0 et 151; un score élevé signifie que la relation de couple se porte relativement bien. L'analyse de cette variable est importante puisque certains auteurs se questionnent à savoir si la qualité de la relation aurait possiblement un impact beaucoup plus important sur la santé mentale des enfants que le fait d'être témoin de violence conjugale (Jouriles, Barling et O'Leary, 1987; Jouriles, Murphy et O'Leary, 1989).

Deux autres variables ont été retenues pour les analyses portant uniquement sur les enfants de familles d'immigration récente, soit (1) le nombre d'années depuis l'arrivée de la famille au Canada et (2) le niveau d'acculturation de la mère mesuré par l'échelle d'acculturation de Berry (1987).

Le temps d'arrivée

Une question posée à la mère a permis de savoir depuis combien de temps elle est arrivée au pays. Cette mesure a souvent été considérée comme un indicateur d'adaptation à la nouvelle société. En effet, comme nous l'avons mentionné plus haut, plusieurs auteurs considèrent que les enfants (et aussi les adultes) arrivés depuis peu de temps dans un nouveau pays, sont plus à risque de vivre des situations stressantes et, par conséquent, de développer une panoplie de problèmes psychosociaux.

L'échelle de Berry

Cette échelle a été mise au point par Berry (1987) et elle vise à déterminer le niveau d'acculturation des individus. Quatre construits ont été identifiés à partir d'analyses factorielles : le style INTÉGRATION, le style ASSIMILATION, le style MARGINALISATION et le style SÉPARATION correspondant à quatre styles d'acculturation. Le style INTÉGRATION signifie maintenir son intégrité culturelle tout en s'incorporant aux valeurs de la société d'accueil. Le style ASSIMILATION se rapporte plutôt à l'abandon de l'identité culturelle tout en favorisant une ouverture à la société d'accueil. La notion de MARGINALISATION fait référence à la perte d'identité culturelle associée au fait que la société d'accueil, qui par définition est dominante, favorise une exclusion. Le style SÉPARATION est composé du maintien de l'identité culturelle avec la notion d'exclusion de la société d'accueil.

Plusieurs auteurs ont utilisé cette échelle (Lasry et coll., 1997). Chaque style est mesuré à partir de 10 questions. Nous comptons analyser l'impact de chacun des styles sur la santé mentale des enfants tout en contrôlant pour le temps d'arrivée et la présence ou non de violence à l'intérieur de la famille.

➢ 2.2.3.1.3. Les variables se rapportant à l'environnement

Support social

Le questionnaire sur le support social (*The Social Support Questionnaire*, Sarason et coll., 1983) permet d'évaluer la quantité et la qualité du support social de la mère (ex. : «Sur qui pouvez-vous compter quand vous avez besoin d'aide?», etc.). De Man, Balkou et Iglesias (1987b) ont adapté et validé la version canadienne-française de cet instrument. Cette dimension nous a semblé importante compte tenu du fait de son impact sur la santé de la mère.

Soutien social

Trois questions évaluent la perception de la mère quant à la fréquence à laquelle elle reçoit de l'aide du conjoint et/ou d'autres personnes pour certaines tâches accomplies auprès des enfants. Ces questions proviennent d'un questionnaire développé par l'équipe du LAREHS (Bouchard et Desfossées, 1989). Ces questions permettent l'évaluation de l'implication du conjoint auprès des enfants ciblés par notre recherche. Certains auteurs insistent sur l'influence de cette variable dans la compréhension étiologique des problèmes de santé mentale des enfants témoins de violence conjugale (Graham-Bermann, 1998; Holden et Ritchie, 1991).

Indice socio-économique de Wilkins

Cet indice a été développé par R. Wilkins de Statistique Canada et tient compte du revenu familial et du nombre de personnes au foyer. Les familles sont alors classées selon quatre catégories de (1) très pauvres à (4) moyen supérieur et riches (voir Bergeron, 1994, p.367).

➢ 2.2.3.2. Les variables dépendantes: mesures de la santé mentale de l'enfant

Comme mentionné ci-dessus, les troubles mentaux des enfants ont été évalués à l'aide de trois (3) questionnaires : deux (2) adressés à l'enfant, le questionnaire Dominique/Tony (Valla et coll., 1994) et le questionnaire "À qui je ressemble" (Harter, 1982) et un (1) questionnaire à la mère, le CBCL (*Child Behaviour Checklist*) de Achenbach et Edelbrock (1983).

Le Dominique/Tony

Le questionnaire Dominique a été élaboré par une équipe de chercheurs de l'hôpital Rivière-des-Prairies (Valla et Bergeron, 1994; Valla et coll., 1994a) et s'adresse aux enfants de 6 à 12 ans. Grâce à une série de dessins, ce questionnaire permet d'évaluer la santé mentale selon les critères du DSM-III-R. Chacun des dessins représente l'enfant dans une situation de la vie quotidienne à la maison, à l'école ou avec d'autres enfants; l'enfant dit si oui ou non il adopte le comportement représenté par l'image. Cette approche graphico-visuelle est très utile compte tenu que les enfants de moins de 10 ans manifestent certaines limitations cognitives et se fatiguent rapidement avec des guides d'entrevues structurées (Valla et Bergeron, 1994).

Ce questionnaire nous permet de déterminer la présence ou l'absence des troubles les plus fréquents chez des enfants de 6 à 12 ans; soit les troubles des conduites, l'opposition et les troubles de l'attention et de l'hyperactivité associés à la catégorie des troubles extériorisés, la dépression majeure, l'hyperanxiété, l'angoisse de séparation et la phobie simple qui constituent la catégorie des troubles intériorisés. D'ailleurs, les analyses porteront sur ces deux grandes catégories de problèmes. Les qualités psychométriques de l'instrument sont très bonnes (Valla et coll., 1994a). Il est à noter que le questionnaire Dominique a été administré aux enfants de familles québécoises et que le questionnaire Tony (un questionnaire où dans les dessins l'enfant a des traits négroïdes) a été administré aux enfants de familles d'immigration récente afin de permettre aux enfants l'identification à un personnage qui leur ressemble.

À qui je ressemble

Ce questionnaire a été développé par Harter (1982) et permet de mesurer les compétences sociales de l'enfant. Il comprend 4 sous-échelles: les compétences cognitives, les compétences sociales, les compétences physiques et l'estime de

soi. Plusieurs auteurs ont utilisé cet instrument chez des enfants témoins de violence conjugale (Christopoulos et coll., 1987; Fantuzzo et coll., 1991; Rosenberg, 1984). Généralement, cet instrument est utilisé chez les enfants âgés de 8 à 14 ans. Ainsi, les enfants âgés de moins de 8 ans de notre échantillon n'ont pas complété ce questionnaire et les résultats présentés porteront uniquement sur les enfants dans notre échantillon de 8 ans et plus.

Le Child Behaviour Checklist (CBCL)

Le CBCL (Achenbach et Edelbrock, 1983) s'adresse à un adulte (parents, cliniciens, professeurs, etc.) et sert à évaluer les problèmes de santé mentale des enfants de 4 à 16 ans. Cet instrument est certainement le plus utilisé dans les recherches portant sur l'évaluation de la santé mentale des enfants témoins de violence conjugale (Christopoulos et coll., 1987; Fantuzzo et coll., 1991; Hughes et coll., 1989; Jaffe et coll., 1985; Jaffe et coll., 1986a, 1986b; Jaffe, Wilson et Wolfe, 1988; Rosenberg, 1984; Wolfe et coll., 1985). Il comprend 118 questions adressées à la mère permettant de récolter de l'information sur les troubles intériorisés, les troubles extériorisés et les aptitudes sociales. Son coefficient de fiabilité est très élevé pour les échantillons normatifs (0.95 lors de test-retest et 0.92 pour le coefficient de fidélité inter-juges). Le score total de l'échelle peut varier entre 0 et 226. Un score supérieur ou égal à 64 est habituellement jugé comme le seuil indiquant un problème de psychopathologie. Plusieurs auteurs ont employé cet instrument chez certains groupes culturels (Weisz et coll., 1987). Le choix de cet instrument de mesure rend possible une comparaison avec les résultats d'autres recherches.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Les résultats seront d'abord présentés selon les 3 grandes questions de la recherche :

1) Quel est l'impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale d'enfants âgés de 6 à 12 ans?
2) Quel est l'impact du fait d'être de famille d'immigration récente (et d'être simultanément témoin de violence conjugale) sur la santé mentale des enfants? Dans cette partie, nous présenterons également l'impact du temps d'arrivée et du style d'acculturation de la mère sur la santé mentale des enfants de notre échantillon.
3) Quels sont les facteurs de risque et de protection des enfants dans notre échantillon. Pour répondre à cette question, nous tenterons d'identifier l'impact spécifique des variables indépendantes sur les problèmes de santé mentale des enfants de 6 à 12 ans, à partir d'analyses bivariées et multivariées.

Ensuite, nous présenterons une comparaison de la perception des mères (à partir du CBCL) et celle de leurs enfants (à partir du Dominique/Tony) en ce qui concerne les problèmes de santé mentale des enfants. L'accord entre les différents évaluateurs, par exemple, les parents, les enseignants et les cliniciens est, en général, considéré comme étant faible (Valla et Bergeron, 1994). «Globalement, l'accord entre parents et enfants sur la présence de problèmes de santé mentale est de 20% environ et l'accord sur la présence d'un même trouble n'est que d'environ 10%» (Valla et Bergeron, 1994, p. 47). Il nous apparaissait alors ici important d'évaluer l'accord entre les parents et les enfants qui vivent dans des foyers violents.

Enfin, nous présenterons une discussion de nos résultats ainsi que des pistes dans lesquelles les recherches devraient, selon nous, s'investir dans le futur.

Avant de débuter la présentation des résultats, il est important de définir certains termes. Lorsque nous présenterons les résultats du questionnaire Dominique/ Tony, ils seront exposés selon trois catégories : la présence d'au moins un trouble intériorisé et/ou extériorisé, ce que nous appellerons le Dominique total, la présence d'un trouble intériorisé et la présence d'un trouble extériorisé.

En ce qui concerne le "*Child Behavior Checklist*"(CBCL), les résultats seront toujours présentés en deux temps; dans un premier temps, les scores continus seront exposés, et par la suite, les résultats dichotomisés seront présentés en prenant le seuil de 64, seuil retenu habituellement afin de distinguer les enfants normaux de ceux malades.

3.1 IMPACT DU FAIT D'ÊTRE TÉMOIN DE VIOLENCE CONJUGALE SUR LA SANTÉ MENTALE D'ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 12 ANS

Nous avons d'abord comparé les enfants vivant dans des familles violentes (où la mère a été victime d'au moins un acte de violence physique au cours des six derniers mois) à ceux de familles non violentes pour les trois mesures de santé mentale de l'enfant, sans faire de distinction entre ceux réellement témoins et les autres, et sans faire de distinction entre l'origine québécoise ou immigrante récente des familles. Autrement dit, nous avons comparé 2 groupes d'enfants, l'un vivant dans un climat de violence familiale et l'autre, non.

3.1.1. Enfants vivant dans une famille violente versus ceux de familles non violentes

Le Dominique/Tony

Le Dominique/Tony global, ou la présence d'au moins un problème intériorisé ou extériorisé.

Les données du tableau 4 montrent que les enfants vivant à l'intérieur de familles violentes manifestent plus de problèmes de nature intériorisés et/ou extériorisés que ceux de foyers non violents (40% vs 21%, khi-deux= 5.29, p= 0.021).

Tableau 4. Pourcentage d'enfants ayant au moins un problème de santé mentale au Dominique/Tony selon qu'ils soient de familles violentes ou non.

Type de problèmes	Familles violentes	Familles non violentes	Probabilités
Troubles intériorisés et/ou extériorisés	40%	23.7%	0.02
Troubles intériorisés	26.2%	11.4%	0.01
Troubles extériorisés	24.6%	16.7%	0.20

Les calculs ont été effectués sur n = 179

Les troubles intériorisés

Les données portant uniquement sur les troubles intériorisés indiquent également une différence significative entre les enfants vivant dans des familles qualifiées de violentes et ceux vivant dans des familles non violentes (khi-deux= 6.46; p= 0.01) (tableau 4).

Les troubles extériorisés

Cependant, aucune différence significative en ce qui concerne les troubles extériorisés ne ressort entre les deux groupes.

«À qui je ressemble» (Harter)

Au tableau 5, les données révèlent deux différences significatives au niveau statistique; les enfants de familles violentes présentent en moyenne un score inférieur de compétence cognitive (t= -2.54, p= 0.013) et sociale (t= -3.19, p= 0.002) que ceux de familles non violentes. Aucune différence significative ne ressort au niveau de la compétence physique et de l'estime de soi.

Tableau 5. Moyenne des scores aux 4 dimensions de l'instrument «À qui je ressemble».

Dimensions	Familles violentes	Familles non violentes	Probabilités
Compétence cognitive	2.85	3.14	0.013
Compétence physique	2.77	2.99	0.073
Compétence sociale	2.77	3.14	0.002
Estime de soi	2.96	3.11	0.254

Le "*Child Behavior Checklist*" (CBCL)

Dans cette sous-section, les résultats au CBCL sont présentés en deux étapes : (1) moyennes des scores continus des groupes violents et non violents et (2) les scores dichotomisés, en assignant chaque enfant à soit un groupe qualifié de "malades" (atteints) ou " non-malades" selon un score égal ou supérieur à 64 et ce, pour chacun des groupes.

Tableau 6. Score moyen au CBCL (perception de la mère) selon que les enfants soient de familles violentes ou non (score continu).

Score moyen au CBCL	Familles violentes	Familles non violentes	Probabilités
SCORE TOTAL	59.73	54.02	0.002
Score intériorisé	61.61	55.10	0.000
Score extériorisé	57.55	52.84	0.000

Les calculs ont été effectués sur n = 171

Les données montrent que les enfants de familles violentes affichent en moyenne des scores totaux (t= 3.93, p=0.000), intériorisés (t= 4.20, p= 0.000) et extériorisés (t= 3.16; p= 0.02) plus élevés que ceux de familles non violentes (tableau 6).

Lorsque l'on se fie au seuil de 64 de l'instrument, le pourcentage d'enfants de familles violentes manifestant un problème intériorisé (khi-deux= 15.56, p= 0.000) ou extériorisé (khi-deux= 4.34, p= 0.037) est plus élevé que celui du groupe d'enfants de familles non violentes (voir le tableau 7).

Tableau 7. Pourcentage d'enfants présentant un score de "maladie" (score ≥ 64) au CBCL (perception de la mère) (score dichotomisé).

Pourcentage d'enfants ayant des problèmes	Familles violentes	Familles non violentes	Probabilités
Problèmes de comportement	35.5%	13.8%	0.001
Problèmes intériorisé	40.3%	13.8%	0.000
Problèmes extériorisé	24.2%	11.9%	0.037

Les calculs ont été effectués sur n = 171

En somme, la plupart des mesures utilisées montrent une différence significative entre les enfants de familles violentes et ceux de familles non violentes; les premiers présentent plus de problèmes de santé mentale que ceux de familles non violentes (voir le tableau 8).

3.1.2. Enfants vivant dans une famille violente et réellement témoins de violence conjugale versus les enfants vivant dans une famille violente et non témoins de violence conjugale

Le Dominique/Tony, selon que l'enfant est réellement témoin ou pas

Au tableau 9, les données révèlent une différence importante entre les enfants témoins et ceux non témoins de violence, au sein même des familles qualifiées de "violentes". Le pourcentage d'enfants ayant au moins un problème de santé mentale (Dominique global) (khi-deux= 18.237, p= 0.000), un trouble intériorisé (khi-deux= 17.37, p= 0.000) ou extériorisé (khi-deux= 9.61, p= 0.008) est toujours plus élevé chez les enfants témoins de violence conjugale que chez ceux non témoins de violence conjugale qu'ils résident dans une famille violente ou non. À titre d'exemple, 35.9% des enfants de familles violentes manifestent un trouble intériorisé contre 13% et 11.8% des enfants des deux autres groupes.

Tableau 8. Synthèse récapitulative des différences observées entre les enfants de familles violentes et ceux de familles non violentes selon les scores obtenus aux différents instruments de mesure.

Type de problèmes	Différence significative	Différence non significative
Dominique/Tony (au moins un problème)	**X**	
Dominique/Tony (trouble intériorisé)	X	
Dominique/Tony (trouble extériorisé)		X
À qui je ressemble (compétence cognitive)	X	
À qui je ressemble (compétence physique)		X
À qui je ressemble (compétence sociale)	X	
À qui je ressemble (estime de soi)		**X**
CBCL (score total)	**X**	
CBCL (score intériorisé)	X	
CBCL (score extériorisé)	X	
CBCL (pourcentage ayant un problème)	X	
CBCL (pourcentage ayant un trouble intériorisé)	X	
CBCL (pourcentage ayant un trouble extériorisé)	X	

Tableau 9. Pourcentage d'enfants ayant au moins un problème de santé mentale au Dominique/Tony selon qu'ils soient réellement témoins de violence ou pas.

TYPE DE PROBLÈMES	FAMILLES VIOLENTES		FAMILLES NON VIOLENTES	PROBABILITÉS
	Enfants témoins de violence	Enfants non témoins de violence		
Troubles intériorisés et/ou extériorisés	57.9%	**16.7%**	23.7%	0.000
Troubles intériorisés	39.5%	8.3%	11.4%	0.000
Troubles extériorisés	36.8%	8.3%	**16.7%**	0.008

Les calculs ont été effectués sur n = 176

«À qui je ressemble», selon que l'enfant est réellement témoin ou pas

Des différences significatives ressortent entre les 3 groupes d'enfants aux quatre dimensions de l'échelle, soit les compétences cognitives (F= 4.55; p= 0.013), les compétences physiques (F= 5.26; p= 0.007), les compétences sociales (F= 7.00; p= 0.002) et l'estime de soi (F= 5.60; p= 0.005). Il est à noter que les enfants vivant dans des foyers non violents obtiennent en moyenne de meilleurs scores aux quatre dimensions que les enfants vivant dans des familles violentes et réellement témoins de violence conjugale. Les enfants témoins de violence conjugale perçoivent leurs compétences physiques et leur estime de soi plus basse en moyenne que ceux non témoins de familles violentes.

Le "*Child Behavior Checklist*" (CBCL), selon que l'enfant est réellement témoin ou pas

La comparaison, par la méthode de l'ANOVA, des scores continus des 3 groupes d'enfants, indique une différence significative pour le score total (F= 6.59; p=0.002) et les troubles intériorisés (F= 8.03; p= 0.000); les enfants témoins de violence conjugale manifestant en moyenne plus de problèmes que ceux de familles non violentes. Aucune différence (F= 4.73; p= 0.01) ne ressort en ce qui concerne les troubles extériorisés.

Les données au tableau 10 révèlent que les différences de pourcentage entre les trois groupes sont significatives en ce qui a trait à la présence d'au moins un problème (khi-deux= 9.45, p= 0.009), un trouble intériorisé (khi-deux= 17.653, p= 0.000) ou un trouble extériorisé (khi-deux= 5.29, p= 0.071). Ces données n'indiquent toutefois aucune différence significative au niveau statistique entre le groupe des enfants témoins de violence conjugale et ceux non témoins de violence conjugale vivant dans une famille violente.

Tableau 10. Pourcentage d'enfants présentant un score de "maladie" (perception de la mère) (score dichotomisé) selon que les enfants soient réellement témoins de violence ou non.

TYPE DE PROBLÈMES	FAMILLES VIOLENTES		FAMILLES NON VIOLENTES	PROBABILITÉS
	Enfants témoins de violence	Enfants non témoins de violence		
Troubles intériorisés et/ou extériorisés	36.1%	29.2%	13.8%	0.009
Troubles intériorisés	47.2%	29.2%	13.8%	0.000
Troubles extériorisés	22.2%	29.2%	11.9%	0.071

Les calculs ont été effectués sur n = 169

En somme, les résultats synthétisés au tableau 11 montrent, pour l'ensemble des mesures utilisées, des différences significatives entre les trois groupes.

Tableau 11. Synthèse récapitulative des différences observées entre les enfants de familles violentes (réellement témoins ou non) et ceux de familles non violentes selon les scores obtenus aux différents instruments de mesure.

TYPE DE PROBLÈME	DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE	DIFFÉRENCE NON SIGNIFICATIVE
Dominique/Tony (au moins un problème)	X	
Dominique/Tony (trouble intériorisé)	X	
Dominique/Tony (trouble extériorisé)	X	
À qui je ressemble (compétence cognitive)		X
À qui je ressemble (compétence physique)	X	
À qui je ressemble (compétence sociale)		X
À qui je ressemble (estime de soi)	X	
CBCL (score total)	X	
CBCL (score intériorisé)	X	
CBCL (score extériorisé)		X
CBCL (pourcentage ayant un problème)	X	
CBCL (pourcentage ayant un trouble intériorisé)	X	
CBCL (pourcentage ayant un trouble extériorisé)	X	

Les mesures de l'enfant (par le Dominique/Tony) indiquent clairement que le pourcentage des enfants réellement témoins de violence conjugale qui présentent des problèmes de santé mentale est plus élevé que celui des enfants grandissant dans un foyer violent mais non témoins de violence et ceux de

foyers non violents. Pour les questionnaires «À qui je ressemble» et "*Child Behavior Checklist*" (CBCL), les données montrent que les différences sont significatives essentiellement lorsqu'on compare les enfants réellement témoins de violence conjugale et ceux de familles non violentes.

3.2 L'IMPACT DU FAIT D'ÊTRE DE FAMILLES D'IMMIGRATION RÉCENTE VERSUS LE FAIT D'ÊTRE DE FAMILLES QUÉBÉCOISES DANS LA PROBLÉMATIQUE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Cette section présente les comparaisons entre les groupes des enfants de familles québécoises et ceux de familles d'immigration récente qu'ils soient témoins ou non de violence conjugale. Tout d'abord, les deux groupes ne seront comparés qu'en fonction du statut migratoire ou pas. Ensuite, nous suivrons la même procédure qu'utilisée ci-dessus, c'est-à-dire que nous comparerons d'abord les enfants de familles violentes et ceux de familles non-violentes, selon leur statut migratoire, et enfin nous comparerons les enfants réellement témoins, dans les deux statuts migratoires, aux autres.

IMMIGRATION OU PAS

Le Dominique/Tony

Les données concernant le questionnaire Dominique/Tony ne révèlent qu'une seule différence significative au niveau statistique; les enfants de familles québécoises manifestent plus de troubles extériorisés que ceux de familles d'immigration récente (25% vs 13%, khi-deux= 3.265, p= 0.04) (tableau 12).

Tableau 12. Pourcentage d'enfants ayant au moins un problème de santé mentale au Dominique/Tony selon qu'ils soient de familles québécoises ou immigrantes.

Type de problèmes	Familles québécoises	Familles immigrantes	PROBABILITÉS
Troubles intériorisés et/ ou extériorisés	30.7%	28.6%	0.757
Troubles intériorisés	13.6%	19.8%	0.271
Troubles extériorisés	25.0%	14.3%	0.071

Les calculs ont été effectués sur n = 179

«À qui je ressemble» (Harter)

Aucune différence significative ne ressort entre les enfants de familles québécoises et d'immigration récente en ce qui concerne leur perception de leurs compétences et de leur estime de soi (tableau 13).

Le " *Child Behavior Cheklist*" (CBCL)

Score continu: Les données portant sur la perception de la mère (CBCL) indiquent une seule différence significative; les mères de familles québécoises perçoivent en moyenne plus de problèmes extériorisés (de comportement) chez leur enfant que celles d'immigration récente (t=2.11; p= 0.037) (tableau 14).

Tableau 13. Moyenne des scores aux 4 dimensions de l'instrument «À qui je ressemble» (Harter, 1982).

Dimensions	Familles québécoises	Familles immigrantes	PROBABILITÉS
Compétence cognitive	2.98	3.07	0.479
Compétence physique	2.91	2.90	0.977
Compétence sociale	2.94	3.06	0.278
Estime de soi	3.06	3.04	0.882

Tableau 14. Score moyen au CBCL (perception de la mère) selon que les enfants soient de familles québécoises ou immigrantes.

Score moyen au CBCL	Familles québécoises	Familles immigrantes	PROBABILITÉS
Score total	57.59	54.56	0.037
Score intériorisé	58.27	56.65	0,301
Score extériorisé	56.12	52.96	0.032

Les calculs ont été effectués sur n = 171

Score dichotomisé: De plus, au niveau des problèmes diagnostiqués avec le seuil d'utilisation de 64, les mères québécoises rapportent plus souvent chez leur enfant la présence de problèmes de comportement et de problèmes intériorisés que celles de familles d'immigration récente (tableau 15).

Tableau 15. Pourcentage d'enfants présentant un problème d'ordre clinique au CBCL (perception de la mère) selon que les enfants soient de familles québécoises ou immigrantes.

Pourcentage d'enfants ayant des problèmes	Familles québécoises	Familles immigrantes	PROBABILITÉS
Problèmes de comportement	31.4%	11.8%	0.002
Problèmes intériorisés	30.2%	16.5%	0.034
Problèmesextériorisés	18.60%	14.12%	0.428

Les calculs ont été effectués sur n = 171

En somme, (tableau 16), les données révèlent peu de différences entre les enfants de familles québécoises et d'immigration récente selon l'évaluation de l'enfant et de la mère. Quelques différences ressortent au niveau de la perception de la mère, c'est-à-dire que les mères des enfants de familles québécoises ont la perception que leurs enfants manifestent plus de problèmes que ceux de familles immigrantes.

3.3 EFFET COMBINÉ DES DEUX VARIABLES: (1) VIVRE DANS UNE FAMILLE VIOLENTE ET (2) ÊTRE D'UNE FAMILLE D'IMMIGRATION RÉCENTE

La prochaine section présente l'effet combiné du fait d'être de famille d'immigration récente ou non et de famille violente ou non. Par la suite, nous étudierons l'effet combiné du fait d'être de famille d'immigration récente ou non et le fait d'avoir été témoin ou non de violence conjugale physique.

Tableau 16. Synthèse récapitulative des différences observées entre les enfants de familles québécoises et ceux de familles d'immigration récente selon les scores aux différents instruments de mesure.

TYPE DE PROBLÈMES	Différence significative	Différence non significative
Dominique/Tony (au moins un problème)		X
Dominique/Tony (trouble intériorisé)		X
Dominique/Tony (trouble extériorisé)	X	
À qui je ressemble (compétence cognitive)		X
À qui je ressemble (compétence physique)		X
À qui je ressemble (compétence sociale)		X
À qui je ressemble (estime de soi)		X
CBCL (score total)	X	
CBCL (score intériorisé)		X
CBCL (score extériorisé)		X
CBCL (pourcentage ayant un problème)	X	
CBCL (pourcentage ayant un trouble intériorisé)	X	
CBCL (pourcentage ayant un trouble extériorisé)		X

3.3.1. Combinaison de l'impact d'être de famille d'immigration récente et de vivre dans une famille violente

Le Dominique/Tony

Les données du tableau 17 indiquent une seule différence significative lorsque l'on compare les quatre groupes d'enfants. Le pourcentage de troubles intériorisés varie de façon significative entre les groupes d'enfants (khi-deux= 9.28; p= 0.026). Cette différence statistique est principalement attribuable (comme on le voit dans le tableau) aux taux de problèmes intériorisés plus élevés dans les familles violentes québécoises et immigrantes.

Tableau 17. Pourcentage d'enfants ayant au moins un problème de santé mentale (trouble intériorisé/extériorisé) au Dominique/Tony.

Types de problème	ENFANTS DE FAMILLES QUÉBÉCOISE		Enfants de familles immigrantes		Probabilités
	Violentes	Non violentes	Violentes	Non violentes	
Problèmes intériorisés - extériorisés	36.1%	26.9%	44.8%	21.0%	0.096
Problèmes intériorisés	**19.4%**	9.6%	34.5%	12.9%	0.026
Problèmes extériorisés	27.8%	23.1%	20.7%	11.3%	0.197

Les calculs ont été effectués sur n = 179

«À qui je ressemble»

Les données provenant de l'instrument «À qui je ressemble» montrent deux différences significatives lorsque l'on compare les quatre groupes d'enfants. Les différences portent sur les compétences sociales (F= 3.69; p= 0.014) et elles s'expliquent essentiellement par le fait que les enfants de familles non violentes manifestent en moyenne des scores plus élevés que ceux de familles

québécoises violentes (dans ce cas-ci, un score élevé signifie que les enfants sont en moyenne en bonne santé).

Le "*Child Behavior Checklist*" (CBCL)

Scores continus: Les résultats de l'ANOVA concernant la perception des mères (CBCL) révèlent des différences significatives entre les différents groupes pour le score total (F= 6.48; p= 0.000), le score intériorisé (F= 6.07; p= 0.001) et le score extériorisé (F= 6.288; p= 0.000). En ce qui concerne le score total, le résultat significatif s'explique par un score moyen plus élevé chez les enfants de familles québécoises violentes que chez ceux des deux groupes d'enfants de familles non violentes. L'autre différence significative provient de l'écart entre les enfants de familles d'immigration récente violentes et ceux de familles immigrantes non violentes.

Pour les scores intériorisés, l'écart significatif entre les groupes s'explique essentiellement par la différence entre, d'une part, les enfants de familles immigrantes violentes et ceux de familles québécoises violentes et, d'autre part, entre ceux de familles québécoises violentes et ceux de familles immigrantes non violentes. Enfin, en ce qui a trait aux scores extériorisés, les différences les plus importantes se retrouvent entre les enfants de familles québécoises violentes et tous les autres groupes d'enfants.

Score dichotomisé: L'examen des données présentées au tableau 18 montre que selon la perception des mères, les enfants de familles violentes (peu importe qu'il soient de familles québécoises ou non) sont plus nombreux à manifester des problèmes de comportement, surtout de nature intériorisé, que ceux de familles non violentes.

Tableau 18. Pourcentage d'enfants présentant un score de "maladie" au (CBCL) (perspective de la mère) (score dichotomisé) selon que les enfants soient de familles immigrantes ou non et de familles violentes ou non.

Types de problème	Enfants de familles québécoises		Enfants de familles immigrantes		Probabilités
	Violentes	Non violentes	Violentes	Non violentes	
Problèmes intériorisés - extériorisés	50.0%	**19.2%**	17.9%	8.8%	0.000
Problèmes intériorisés	50.0%	17.3%	28.6%	10.5%	0.000
Problèmes extériorisés	29.4%	11.5%	17.9%	12.3%	0.119

Les calculs ont été effectués sur n = 171

En somme, (tableau 19) plusieurs différences significatives ressortent aux trois échelles de mesure lorsque l'on compare les 4 groupes d'enfants. En ce qui concerne les résultats obtenus au questionnaire Dominique/Tony, les données indiquent que les enfants de familles violentes (québécoises et d'immigration récente) manifestent plus de problèmes intériorisés que ceux de familles non violentes (québécoises et d'immigration récente) alors qu'aucune différence significative ne ressort entre les quatre groupes lorsqu'on examine la présence d'au moins un problème de santé mentale au Dominique. Bien que non significatif, il est à noter que 41% des enfants de familles immigrantes violentes présentent au moins un problème comparativement à 20% des enfants de familles immigrantes non violentes.

Tableau 19. Synthèse récapitulative des différences observées entre les enfants des quatre groupes d'enfants selon les scores aux différents instruments de mesure.

Type de problème	Différence significative	Différence non significative
Dominique/Tony (au moins un problème)		X
Dominique/Tony (trouble intériorisé)	X	
Dominique/Tony (trouble extériorisé)		X
À qui je ressemble (compétence cognitive)		X
À qui je ressemble (compétence physique)		X
À qui je ressemble (compétence sociale)	X	
À qui je ressemble (estime de soi)		X
CBCL (score total)	X	
CBCL (score intériorisé)	X	
CBCL (score extériorisé)	X	
CBCL (pourcentage ayant un problème)	X	
CBCL (pourcentage ayant un trouble intériorisé)	X	
CBCL (pourcentage ayant un trouble extériorisé)		X

L'examen du CBCL indique selon les mères, que les enfants de familles violentes présentent plus de problèmes que ceux de familles non violentes et cela, peu importe s'ils sont de familles québécoises ou d'immigration récente.

3.3.2. Combinaison immigration récente et le fait d'être réellement témoin ou non de violence conjugale

Le Dominique/Tony

Le tableau 20 indique chez les enfants grandissant dans des familles violentes une différence significative en terme statistique entre le groupe d'enfants témoins et celui non témoins de violence conjugale (khi-deux= 13.81; p= 0.017). Les enfants réellement témoins de violence conjugale sont beaucoup plus nombreux à manifester des problèmes de santé mentale (soit intériorisés et extériorisés) que ceux qui n'en sont pas témoins (62.5% et 15.4% pour les enfants de familles immigrantes, 43.4% et 30.0% pour les enfants de familles québécoises).

Tableau 20. Pourcentage d'enfants ayant au moins un problème de santé mentale (troubles intériorisés et/ou extériorisés) au Dominique/Tony selon que les enfants soient témoins ou non de violence conjugale.

Familles violentes				Familles non violentes	
Enfants témoins		Enfants non témoins			
Immigrantes	Québécoises	Immigrantes	Québécoises	Immigrantes	Québécoises
11/15	11/23	2/14	2/10	13/62	14/52
73.3%	47.8%	14.3%	20.0%	21.0%	26.9%

khi-deux: 21.61, p= 0.001

Les calculs ont été effectués sur n = 176

Tableau 21. Pourcentage d'enfants ayant un problème intériorisé au Dominique /Tony selon que les enfants soient témoins ou non de violence conjugale.

Familles violentes				Familles non violentes	
Enfants témoins		Enfants non témoins			
Immigrantes	Québécoises	Immigrantes	Québécoises	Immigrantes	Québécoises
8/15	7/23	2/14	0/10	8/62	5/52
53.3%	**30.4%**	14.3%	0.0%	12.9%	9.6%

khi-deux= 21.798; p= 0.001

Les calculs ont été effectués sur n = 176

En ce qui à trait spécifiquement aux troubles intériorisés, les données du tableau 21 indiquent une différence entre les différents groupes d'enfants (khi-deux= 16.02; p= 0.017), surtout entre les enfants témoins de violence conjugale et ceux non témoins vivant dans des familles violentes ou non violentes. En effet, 50.0% des enfants témoins de violence conjugale de familles immigrantes manifestent des troubles intériorisés comparativement à 15.3% des enfants non témoins de familles violentes. On retrouve le même phénomène chez les enfants de familles québécoises (26.1% versus 10%). Les données sont les mêmes chez les enfants manifestant des troubles extériorisés au moment de l'enquête (voir le tableau 22). Notons ici que la différence est presque significative au niveau statistique (khi-deux= 10.64, p= 0.059). Cette différence est toujours plus prononcée chez les enfants de familles d'immigration récente.

Tableau 22. Pourcentage d'enfants ayant un problème extériorisé au Dominique/Tony selon que les enfants soient témoins ou non de violence conjugale.

Familles violentes				Familles non violentes	
Enfants témoins		Enfants non témoins			
Immigrantes	Québécoises	Immigrantes	Québécoises	Immigrantes	Québécoises
6/16	8/23	0/14	2/10	7/62	12/52
40.0%	34.8%	0.0%	20.0%	11.3%	23.1%

khi-deux= 13.70, p= 0.018
Les calculs ont été effectués sur n = 176

«À qui je ressemble»

Les données indiquent des différences significatives entre les groupes en ce qui concerne les compétences cognitives (F= 2.63; p= 0.03), les compétences physiques (F= 2.85; p= 0.0.019), les compétences sociales (F= 4.33; p= 0.001) et l'estime de soi général (F= 3.33; p= 0.008). Il est intéressant de constater que peu importe le groupe, le score moyen des enfants québécois témoins de violence conjugale est toujours le plus bas, ce qui signifie que ces derniers sont ceux qui effectuent l'évaluation la plus négative de leurs compétences et de leur estime de soi.

Le "*Child Behavior Checklist*" (CBCL)

Scores continus

Les données des tableaux 23 et 25 indiquent que selon la perception des mères, le score moyen total et extériorisé diffèrent de façon significative au niveau statistique entre les six groupes d'enfants. Les différences proviennent surtout des scores obtenus chez les enfants réellement témoins de violence et ceux non témoins, qu'ils soient de familles québécoises ou immigrantes.

Tableau 23. Score moyen des enfants pour le score total au CBCL (perception de la mère) selon que les enfants soient de familles immigrantes ou non et témoins ou non de violence conjugale.

FAMILLES VIOLENTES				FAMILLES NON VIOLENTES	
Enfants témoins		Enfants non témoins			
Immigrantes	Québécoises	Immigrantes	Québécoises	Immigrantes	Québécoises
56.4	61.6	59.6	58.6	52.9	55.2

F= 3.60; p= 0.004

Les calculs ont été effectués sur n = 169

Tableau 24. Score moyen des enfants pour le score intériorisé au CBCL (perception des mères) selon que les enfants soient de familles immigrantes ou non et témoins ou non de violence conjugale.

Familles violentes				Familles non violentes	
Enfants témoins		Enfants non témoins			
Immigrantes	Québécoises	Immigrantes	Québécoises	Immigrantes	Québécoises
59.9	63.1	62.7	58.2	54.4	55.9

F= 3.76; p= 0.03

Les calculs ont été effectués sur n = 169

Tableau 25. Score moyen des enfants pour le score extériorisé au CBCL (perception des mères) selon que les enfants soient de familles immigrantes ou non et témoins ou non de violence conjugale.

Familles violentes				Familles non violentes	
Enfants témoins		Enfants non témoins			
Immigrantes	Québécoises	Immigrantes	Québécoises	Immigrantes	Québécoises
51.6	61.7	56.3	59.0	52.5	53.2

F= 4.16; p= 0.001

Les calculs ont été effectués sur n = 169

Scores dichotomisés

L'examen de la présence (score de "maladie") ou de l'absence de trouble chez l'enfant indique que les différences sont significatives pour les troubles totaux (khi-deux= 20.03; p= 0.001) et intériorisés (khi-deux= 21.74; p= 0.001). Là encore, les différences ne sont pas significatives entre les enfants témoins de violence conjugale et ceux non témoins de violence mais résidant dans une famille violente.

En somme, il y a plusieurs différences significatives entre les six différents groupes d'enfants (tableau 26). Les données du questionnaire Dominique/Tony sont des plus intéressantes; elles montrent que les enfants réellement témoins de violence conjugale manifestent plus de problèmes que ceux non témoins de violence conjugale et vivant dans un foyer violent, autant dans les familles québécoises qu'immigrantes. Néanmoins, les différences sont plus prononcées chez les enfants de familles immigrantes, la souffrance de l'enfant semblant d'autant plus grande quand il est réellement témoin et d'immigration récente. Ceci va dans le sens de l'influence de deux stresseurs plutôt que celui d'un certain mythe dans notre société, à savoir celui des enfants "habitués" ou "immunisés" contre la violence, parce que la violence est culturellement acceptable dans certaines cultures.

Tableau 26. Synthèse récapitulative des différences observées entre les six groupes d'enfants selon différents instruments employés.

Type de problème	Différence significative	Différence non significative
Dominique/Tony (au moins un problème)	X	
Dominique/Tony (trouble intériorisé)	X	
Dominique/Tony (trouble extériorisé)		X
À qui je ressemble (compétence cognitive)	X	
À qui je ressemble (compétence physique)	X	
À qui je ressemble (compétence sociale)	X	
À qui je ressemble (estime de soi)	X	
CBCL (score total)	X	
CBCL (score intériorisé)		X
CBCL (score extériorisé)	X	
CBCL (pourcentage ayant un problème)	X	
CBCL (pourcentage ayant un trouble intériorisé)	X	
CBCL (pourcentage ayant un trouble extériorisé)		X

3.4 IMPACT DU TEMPS D'ARRIVÉE DES ENFANTS

Au cours de la prochaine section, nous étudierons l'effet du temps écoulé depuis l'arrivée au pays d'accueil. Les analyses portent donc uniquement sur les 90 enfants de familles d'immigration récente. Au tableau 27, on retrouve la

distribution des enfants selon le temps d'arrivée dans la province de Québec. Notons que la répartition est à peu près uniforme sur la période de 10 ans.

Tableau 27. Nombre d'enfants selon le temps d'arrivée dans le pays hôte.

Nombre de mois depuis l'arrivée au pays	Nombre d'enfants	Pourcentage
MOINS DE 12 MOIS	12	6.6%
De 13 à 24 mois	11	6.0%
De 25 à 36 mois	14	7.7%
De 37 à 48 mois	10	5.5%
De 49 à 60 mois	12	6.6%
De 61 à 72 mois	8	4.4%
De 73 à 120 mois	26	14.3%
nsp	89	48.9
Total	182	100.0%

Les analyses portent sur deux groupes d'enfants: ceux arrivés depuis moins de 48 mois et ceux arrivées depuis plus de 49 mois et moins de 120 mois dans le pays hôte. Approximativement le même nombre d'enfants se retrouvent dans les deux groupes: 44 enfants sont arrivés depuis moins de 48 mois et 46 enfants depuis 49 à 120 mois.

Le Tony

Les données portant sur les troubles extériorisés et/ou intériorisés évaluées à partir du questionnaire Tony ne montrent pas de différence significative entre les enfants arrivés depuis moins de 48 mois et ceux arrivées depuis plus de 49 mois (tableau 28).

Tableau 28. Pourcentage d'enfants ayant au moins un problème de santé mentale au Tony selon le temps d'arrivée dans le pays hôte.

Type de problèmes	Arrivé dans le pays depuis moins de 48 mois	Arrivé dans le pays depuis plus de 49 mois	Probabilités
Troubles intériorisés/ extériorisés	**30.4%**	26.7%	0.691
Troubles intériorisés	15.2%	24.4%	0.269
Troubles extériorisés	19.6%	**8.9%**	0.146

Les calculs ont été effectués sur n = 91

«À qui je ressemble»

Lorsque l'on tient compte des 4 sous-échelles de l'instrument «À qui je ressemble», aucune différence significative au niveau statistique n'est notée entre les deux groupes d'enfants.

Le *"Child behavior Checklist"* (CBCL)

Aucune différence significative émerge entre les deux groupes d'enfants (n= 85), tant aux scores continus du CBCL, obtenus par le T-Test, qu'au seuil d'utilisation de 64.

Il est important de noter qu'aucune différence significative n'est ressortie entre les enfants arrivés dans le pays depuis moins de 4 ans et ceux arrivés depuis plus longtemps (tableau 29). La perception des mères et des enfants semble donc concorder sur ce point. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Chang, Morrissey et Koplewicz (1995).

Tableau 29. Synthèse récapitulative des différences observées entre les deux groupes d'enfants (ceux arrivés depuis moins de 48 mois et ceux arrivées depuis plus de 49 mois) selon différents instruments employés.

Type de problème	Différence significative	Différence non significative
Tony (au moins un problème)		X
Tony (trouble intériorisé)		X
Tony (trouble extériorisé)		X
À qui je ressemble (compétence cognitive)		X
À qui je ressemble (compétence physique)		X
À qui je ressemble (compétence sociale)		X
À qui je ressemble (estime de soi)		X
CBCL (score total)		X
CBCL (score intériorisé)		X
CBCL (score extériorisé)		X
CBCL (pourcentage ayant un problème)		X
CBCL (pourcentage ayant un trouble intériorisé)		X
CBCL (pourcentage ayant un trouble extériorisé)		X

3.5 ÉCHELLE DE BERRY

Tony

Les données de l'échelle de Berry montrent une seule association entre la présence d'un problème de santé mentale et l'une des dimensions. Seules les données sur l'intégration indiquent une différence significative, c'est-à-dire que les mères des enfants ayant au moins un problème sont plus en désaccord envers cette notion (t= -1.97; p= 0.05) (tableau 30).

Tableau 30. Score moyen des différents construits à l'échelle de Berry selon la présence ou l'absence d'un problème de santé mentale évaluée à partir du questionnaire Tony.

Type de problème	Présence ou non	Assimilation		Intégration		Séparation		Marginalisation	
		Moyenne	P	Moyenne	P	Moyenne	P	Moyenne	P
Trouble ext. et/ Int..	Oui	50.23	0.42	16.73	0.05	55.08	0.25	46.23	0.53
	Non	51.92		14.31		53.25		44.90	
Trouble extériorisé	oui	49.91	0.53	18.67	0.15	56.08	0.20	44.91	0.85
	non	51.60		14.47		53.45		45.43	
Trouble intériorisé	oui	50.79	0.75	14.84	0.81	54.26	0.76	45.21	0.94
	non	51.51		15.18		53.72		45.40	

«À qui je ressemble»

Les données récoltées à partir du questionnaire «À qui je ressemble» n'indique aucune association entre les différents construits (ex. : compétence cognitive, etc.) et les 4 dimensions de l'échelle de Berry (tableau 31).

Tableau 31. Corrélations entre les dimensions du questionnaire «À qui je ressemble» et du questionnaire de Berry.

Dimensions du «À qui je ressemble»	Assimilation	Intégration	Séparation	Marginalisation
Compétence cognitive	0.048	0.064	0.027	0.033
Compétence physique	-0.006	0.019	-0.034	-0.014
Compétence sociale	0.085	0.077	0.113	0.091
Estime de soi	-0.042	0.000	-0.003	0.003

Le "*Child Behavior Checklist*" (CBCL)

Les données du tableau 32 montrent des corrélations négatives significatives entre les construits "Intégration" et "Marginalisation", et les dimensions du CBCL. Plus les mères sont en désaccord avec les notions d'intégration et de marginalisation, plus elles rapportent de symptômes chez leurs enfants.

Tableau 32. Corrélations entre les scores aux dimensions du CBCL et les scores aux dimensions de l'échelle de Berry.

CBCL	Assimilation	Intégration	Séparation	Marginalisation
Score total	-0,183	**-0,234****	-0,114	-0,378***
Score intériorisé	-0,140	**-0,169**	-0,058	-0,316***
Score extériorisé	-0,086	-0,204*	-0,127	-0,310***

* p 0.10 ** p 0.05 *** p 0.01

Deux différences significatives ressortent au tableau 33. Les données indiquent que les mères des enfants n'ayant pas de problèmes extériorisés sont plus en désaccord avec le fait de perdre leur identité culturelle. De plus, celles dont les

enfants n'ont pas de problèmes intériorisés sont moins en désaccord avec la notion de marginalisation.

Existe-t-il un lien entre le fait de vivre dans une famille violente et les scores des différents construits de l'échelle de Berry? Les femmes qui vivent dans une famille violente sont en moyenne plus en désaccord avec la notion de séparation que celles vivant dans des familles non violentes (t= 2.41; p= 0.05). Les moyennes des autres dimensions indiquent des différences non significatives entre les deux groupes de femmes (tableau 34).

Tableau 33. Score moyen des différents construits à l'échelle de Berry selon la présence ou l'absence à partir du CBCL de Achenbach et Edelbrock (1983).

Type de problème	Présence ou non	Assimilation		Intégration		Séparation		Marginalisation	
		Moyenne	P	Moyenne	P	Moyenne	P	Moyenne	P
Problèmes de comportement	Oui	52.00	0.91	12.71	0.22	54.57	0.67	38.42	0.07
	Non	51.67		15.30		53.43		45.27	
Problème intériorisé	oui	51.91	0.61	15.14	0.78	53.45	0.79	46,03	0.00
	non	50.66		14.67		54.00		37.50	
Problème extériorisé	oui	50.80	0.01	15.04	0.93	53.19	0.25	44.77	0.72
	non	57.10		15.20		55.80		43.60	

Tableau 34. Score moyen des différentes dimensions de l'échelle de Berry selon que les mères vivent ou non dans des familles violentes.

Violence ou non dans la famille	Assimilation		Intégration		Séparation		Marginalisation	
	Moyenne	P	Moyenne	P	Moyenne	P	Moyenne	P
Oui	51.93	0.44	13.39	0.10	56.06	0.05	41.88	0.24
Non	50.16		15.69		52.49		45.30	

3.6 VARIABLES ASSOCIÉES AUX PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE: FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION

Comme nous le mentionnions plus haut (dans la recension des écrits), les facteurs de risque et de protection sont habituellement divisés en trois grandes classes : les variables associées à l'enfant, celles associées à la famille et celles associées à la communauté. Cette section présente les variables associées aux troubles intériorisés et extériorisés, mais uniquement selon les diagnostics obtenus au questionnaire Dominique/Tony. Les résultats sont exposés selon deux grandes catégories d'analyse: bivariée et multivariée. L'utilisation du "*Child Behavior Checklist*" (CBCL) et du questionnaire «À qui je ressemble» visait à donner une image composite de la santé mentale des enfants témoins de violence conjugale. Néanmoins, dans la section discussion nous aborderons succinctement les résultats de l'analyse des variables avec le CBCL.

ANALYSES BIVARIÉES

Ce type d'analyse vise à déterminer le lien entre une variable indépendante et une variable dépendante, et ce, sans tenir compte d'autres variables. Dans le cas qui nous intéresse, la variable dépendante est la présence ou non d'un problème de santé mentale, évaluée à partir du questionnaire Dominique/Tony. Cette étape est importante puisqu'elle nous permet de déterminer quelles sont les variables indépendantes de nature individuelle, familiale et environnementale qui sont associées à un trouble intériorisé et/ou extériorisé. De plus, cela permet de cerner quelles seront les variables dont il faudra tenir compte, dans un même temps, dans les analyses de régression logistique. Celles-ci tiennent compte d'autres variables. Par exemple, nous n'introduirons pas dans les analyses de régression logistique une variable qui ne semble avoir aucune association avec les variables dépendantes. À l'inverse, toutes les variables qui montrent une association dans l'analyse bivariée seront retenues pour les analyses multivariées (logistiques), c'est-à-dire en tenant toutes autres variables

constantes. Rappelons que dans un premier temps, compte tenu de la nature de cette recherche, nous voulons uniquement préciser quelles variables sont associées aux deux catégories de troubles mentaux, c'est-à-dire les troubles intériorisés et les troubles extériorisés.

Tableau 35. Analyse bivariée: mesure d'association entre les variables indépendantes et la présence ou non de troubles intériorisé et/ou extériorisé (Dominique/Tony) *.

Variables	Troubles intériorisés et/ou extériorisés	Troubles intériorisés	Troubles extériorisés
Âge de l'enfant	0.360	0.394	0.042
Sexe de l'enfant	0.815	0.205	0.009
Violence ou non dans la famille	0.033	0.010	0.280
Familles québécoises ou non	0.604	0.286	0.040
Santé de la mère (GHQ)	0.229	0.309	0.115
- Somatisation	0.447	0.787	0.289
- Anxiété	0.731	0.352	0.299
-Dysfonctionnement social	0.101	0.050	0.113
- Dépression	0.187	0.788	0.062*
Événements de vie stressants	0.805	0.292	0.620
Soutien social des autres	0.479	0.494	0.557
Soutien social du conjoint	0.047	0.623	0.035
Qualité de la relation maritale	0.196	0.339	0.275
- Échelle de consensus	0.278	0.583	0.259
- Échelle d'affectivité	0.161	0.266	0.414
- Échelle de satisfaction	0.019	0.122	0.023
- Échelle de cohésion	0.022	0.294	0.068*
Comportements de soins	0.004	0.251	0.0008
Comportements punitifs	0.085*	0.282	0.103
Comportements d'autonomie	0.258	0.857	0.107
Support social	0.741	0.467	0.699
Indice socio-économique	0.752	0.369	0.287

* Les nombres représentent les probabilités. Les probabilités soulignées ont un degré de signification inférieur à 0.05. Celles suivies d'un astérisque se situent entre 0.05 et 0.09.

Troubles intériorisés

Au tableau 35, les données montrent peu de variables associées à la présence d'un trouble intériorisé tel que mesuré par le questionnaire Dominique/Tony, à l'exception de (1) la présence de violence physique à l'égard de la mère et (2) du score de dysfonctionnement social de la mère. Les données montrent que les femmes ayant été victimes d'un acte de violence physique au cours des six derniers mois ont plus de chance d'avoir un enfant manifestant un trouble intériorisé au moment de l'entrevue. De plus, les femmes ayant un score élevé de symptomatologie dépressive ont plus souvent un enfant qui présente un trouble de nature intériorisé.

Troubles extériorisés

Plus de variables sont associées à la présence d'un trouble extériorisé. En effet, nous retrouvons 6 variables associées à la présence de ce type de problème : (1) l'âge de l'enfant, (2) le sexe de l'enfant, (3) le fait de vivre dans une famille québécoise, (4) le soutien social du conjoint à l'égard de l'enfant, (5) le degré de satisfaction de la mère pour son couple et (6) les comportements de soins de la mère à l'égard de l'enfant. En ce qui concerne les trois premières variables, les enfants plus âgés, les garçons plus que les filles et les enfants de familles québécoises plus que ceux d'immigration récente ont davantage de chance de manifester un trouble extériorisé. Pour les trois autres variables, plus les scores sont élevés et moins les enfants sont à risque de présenter un trouble extériorisé; par exemple, plus le score de l'échelle des comportements de soins de la mère à l'enfant augmente, moins les enfants manifestent un trouble extériorisé. Ainsi, plus grand est le soutien social, le degré de satisfaction maritale, et les comportements de soins, moins l'enfant est à risque de présenter un trouble extériorisé.

Dominique/Tony global

En ce qui concerne la présence ou l'absence de problème de santé mentale, qu'il soit de nature intériorisée ou extériorisée, (le Dominique/Tony total), 5 variables sont associées : (1) la présence ou non de violence contre la mère dans la famille, (2) le soutien social du conjoint, (3) le score de satisfaction à l'égard de la relation de couple, (4) le score de cohésion dans le couple et (5) le score à l'échelle de comportements de soins. À noter que ces variables sont les mêmes que celles déjà repérées pour chacun des troubles, soit intériorisés ou extériorisés. C'est pourquoi, nous avons tenu compte de chacune des deux catégories de troubles mentaux, prise séparément lors de l'analyse multivariée, sans tenter de déterminer les variables associées globalement à la présence ou non d'un trouble mental (le Dominique/Tony total).

ANALYSES MULTIVARIÉES

Nous avons eu recours à la technique de l'analyse de régression logistique afin de déterminer les associations entre les variables indépendantes *les plus significatives ressortant de l'analyse bivariée* et certaines variables que nous considérions importante, avec les deux grandes catégories de troubles mentaux, soit les troubles intériorisés et extériorisés. Cette technique permet de déterminer la force de l'association entre une variable indépendante et les problèmes de santé mentale en contrôlant les autres variables indépendantes. De plus, elle permet de calculer des rapports de cote qui déterminent si les variables indépendantes ont un effet protecteur ou aggravant. Un facteur de risque est une variable qui augmente la probabilité que le problème soit présent ou se développe tandis qu'un facteur de protection en diminue la probabilité. La détermination des facteurs de risque et de protection constitue depuis environ deux décennies l'un des éléments les plus importants dans la compréhension des problèmes de santé mentale en épidémiologie pédopsychiatrique (Valla et coll., 1994a).

Les rapports de cote supérieures à 1 sont considérés comme des facteurs de risque tandis que celles inférieures à 1 sont considérés comme des facteurs de protection (Grizenko et Pawliuk, 1994). Selon certains auteurs, la force des associations se retrouve généralement autour de 2 ou 3 et dépasse rarement 4 ou 5 (Valla et coll., 1994a). Les variables retenues au départ dans chaque modèle (indépendamment de l'analyse bivariée) compte tenu de la revue de littérature, des objectifs de cette étude et de notre hypothèse de travail sous-jacente (à savoir l'importance de la relation parent-enfant) sont :

1) le fait de vivre ou non dans une famille violente;
2) le fait de vivre dans une famille québécoise ou d'immigration récente;
3) l'interaction entre ces deux variables;
4) l'âge de l'enfant;
5) le sexe de l'enfant; et
6) une dimension (créée à partir de la "relation parent-enfant") qui comprend les comportements de soins et punitifs (voir p.57).

Les variables indépendantes ressortant de façon significative dans l'analyse bivariée ont également été insérées (voir ci-dessus). Cette première étape a mené à tester deux modèles (modèle 1 et 2). Le premier modèle pour les troubles intériorisés comportait donc 7 variables indépendantes (les six variables citées ci-dessus et une autre ressortie significative à l'analyse bivariée). Le second modèle pour les troubles extériorisés comportait 11 variables (les six variables citées ci-dessus et cinq autres qui sont ressorties significatives à l'analyse bivariée). L'analyse de régression logistique a été effectuée à partir du logiciel statistique SPSS, selon une méthode basée sur l'exclusion des variables une fois toutes insérées dans le modèle. Lorsque que le seuil du test de Wald était supérieur à 0.05, les variables étaient retirées du modèle; on retestait alors le modèle avec les variables restantes. Cette procédure s'est poursuivie jusqu'à ce que toutes les variables aient un seuil inférieur à 0.10.

Enfin, nous avons effectué d'autres analyses de régression en changeant une seule variable, de sorte à déterminer l'impact du fait d'être témoin de violence conjugale plutôt que de vivre dans une famille violente. Par conséquent, deux

autres analyses de régression ont été effectuées pour chacune des grandes catégories de troubles mentaux, soit les troubles intériorisés et les troubles extériorisés. Deux autres modèles ont alors été testés (modèle 3 et 4). Les résultats des quatre modèles sont présentés au cours de la prochaine sous-section.

MODÈLE 1: TROUBLES INTÉRIORISÉS

En ce qui a trait aux *troubles intériorisés*, le modèle (tableau 36) qui comprend les variables statistiquement les plus significatives est un modèle à quatre variables: (1) le fait de vivre dans une famille violente, (2) le fait de vivre dans une famille immigrante, (3) le sexe de l'enfant et (4) le score de dysfonctionnement de la mère. Les enfants vivant dans une famille violente ont trois fois plus de chance que ceux vivant dans des familles non violentes de manifester des troubles de nature intériorisée. Les données révèlent que plus le score de dysfonctionnement social de la mère augmente, plus les chances d'observer un problème augmentent. Il est à noter que dans une moindre mesure, le sexe de l'enfant et le statut de la famille contribuent à expliquer la présence d'un trouble intériorisé; les garçons ont moins de chances que les filles de développer ce type de problème et les enfants de familles québécoises manifestent moins de troubles intériorisés que ceux de familles immigrantes.

MODÈLE 2: TROUBLES EXTÉRIORISÉS

L'examen de l'analyse de régression logistique pour les troubles extériorisés (tableau 36) où l'on tient compte du fait de vivre ou non dans une famille violente a produit un modèle à quatre variables: (1) le fait de vivre ou non dans une famille québécoise, (2) le sexe de l'enfant, (3) les comportements de soins à l'égard de l'enfant et (4) le soutien social du conjoint. Les enfants de familles québécoises ont trois fois plus de chance de manifester des troubles de nature extériorisés que ceux de familles d'immigration récente. Les troubles extériorisés ont quatre fois plus de chance d'être présents chez les garçons que chez les

filles. Ici aussi (comme dans l'analyse bivariée) les comportements de soins (tels que décrits par les mères) sont associés aux troubles extériorisés; plus les comportements de soins augmentent, moins les enfants sont à risque de présenter des problèmes de nature extériorisée. On retrouve une nouvelle variable dans ce modèle : le soutien social du conjoint. Plus le soutien du conjoint augmente, selon la perception des mères, plus les chances qu'un trouble extériorisé soient présent diminue.

Tableau 36. Les variables associées aux deux catégories de troubles mentaux.

Variables indépendantes	Rapport de cote	
	Trouble intériorisé (modèle 1)	Trouble extériorisé (modèle 2)
Violence dans la famille/ pas de violence dans la famille	3.12***	
Dysfonctionnement social	1.18**	
Famille québécoise/ famille immigrante	0.47*	2.93**
Garçon/fille	0.44*	4.35***
Soutien du conjoint		0.88*
Comportement de soin		0.82****

* p 0.10 ** p 0.05 *** p0.01 **** p 0.001

MODÈLE 3: TROUBLES INTÉRIORISÉS

Lorsque l'on insère la variable «le nombre de fois où l'enfant a été témoin de violence conjugale physique», nous trouvons que c'est cette variable qui est la plus importante dans le modèle 3 (tableau 37). En effet, plus un enfant est témoin de violence conjugale physique, plus il est à risque de manifester un problème de nature intériorisée. À titre d'exemple, si un enfant a été témoin

10 fois de violence conjugale, il a 14 fois plus de chances de manifester un trouble intériorisé que celui qui a été témoin une seule fois. La variable "sexe de l'enfant" joue également un peu et dans le même sens que le modèle 1, c'est-à-dire que les garçons ont moins de chance de présenter un problème intériorisé que les filles.

MODÈLE 4: TROUBLES EXTÉRIORISÉS

Lorsque l'on insère dans le modèle 4 (tableau 37) le nombre de fois que l'enfant est témoin de violence conjugale, nous retrouvons sensiblement la même chose. En résumé, le sexe de l'enfant, les comportements de soins de la mère et le fait de vivre dans une famille québécoise sont associés de façon importante aux troubles extériorisés. Il est à noter ici que plus l'enfant est témoin de violence conjugale, plus il a de chance de présenter un trouble extériorisé.

Tableau 37. Variables associées aux deux catégories de troubles mentaux.

Variables indépendantes	Rapport de cote	
	Trouble intériorisé (modèle 3)	Trouble extériorisé (modèle 4)
Nombre de fois que l'enfant est témoin de violence physique	1.19***	1.18***
Famille québécoise/ famille immigrante		2.63**
Garçon/fille	0.46*	3.73***
Comportement de soin		0.83***

* p 0.10 ** p 0.05 *** p0.01 **** p 0.001

DEUX AUTRES MODÈLES SIGNIFICATIFS

D'autres analyses de régression logistique ont été effectuées uniquement avec les enfants de familles immigrantes pour tenir compte du temps d'arrivée de la famille et des 4 dimensions mesurées à partir de l'échelle de Berry. Les variables indépendantes retenues pour ces analyses sont :

1) le sexe de l'enfant;
2) le temps d'arrivée des familles;
3) les dimensions de l'échelle de Berry; et
4) la présence de violence ou non dans la famille.

Il est à noter que les analyses de régression logistique pour la présence de troubles intériorisés et extériorisés ont été effectués avec un seul construit de Berry à la fois. Cela nous a donné 8 modèles que nous avons testés. Nous avons également testé 8 autres modèles en changeant la variable «présence ou non de violence dans la famille» pour «le nombre de fois dont l'enfant a été témoin de violence conjugale».

Uniquement les modèles où l'un des construits de Berry est significatif seront présentés. Les deux modèles contenant le score d'intégration indiquent que cette variable a un impact sur la présence ou non de troubles extériorisés; les mères les plus en désaccord avec la notion d'intégration ont plus de chance que leur enfant souffre d'un de ces problèmes (tableau 38). Dans un but de simplification, nous avons affiché uniquement les deux modèles où l'on retrouve une association positive entre un construit de Berry et un problème de santé mentale (modèles 5 et 6).

Comme on peut le constater, le score "style Intégration" de la mère est une variable significative afin d'expliquer la présence ou non de troubles extériorisés. Les données semblent confirmer que le score d'intégration de la mère est une variable beaucoup plus importante que le temps d'arrivée, du moins pour expliquer la présence de troubles extériorisés chez les enfants de 6 à 12 ans.

Tableau 38. Modèles où la dimension INTÉGRATION est significative au niveau statistique.

Variables indépendantes	Rapport de cote	
	Trouble extériorisé (modèle 5)	Trouble extériorisé (modèle 6)
Nombre de fois que l'enfant est témoin de violence physique		1.67***
Pas de violence dans la famille/violence dans la famille	0.19*	
Fille/garçon	0.16**	0.15*
Temps d'arrivée de la famille	0.14*	0.22*
Score d'intégration de la mère	1.23***	1.24***

* p 0.10 ** p 0.05 *** p0.01 **** p 0.001

3.7 CORRÉLATIONS ENTRE LA PERSPECTIVE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT EN TERMES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Dans la section qui va suivre, nous allons comparer les résultats du questionnaire Dominique/Tony et du "*Child Behavior Checklist*" (CBCL) de Achenbach et Edelbrock (1983). À notre connaissance, seuls C. Rousseau et coll., (1989) ont jusqu'à présent effectué ce type d'analyse. En ce qui nous concerne, des analyses de corrélation de Pearson seront utilisées afin de déterminer si une association existe entre le nombre de symptômes des problèmes de santé mentale du Dominique/Tony et du CBCL.

Pour cette analyse, nous n'utiliserons pas une variable dichotomique comme la présence ou l'absence d'un problème de santé mentale, mais plutôt le nombre de symptômes enregistré pour chacun des 7 problèmes de santé mentale au

Dominique/Tony : l'hyperactivité, les troubles de conduites, la phobie simple, la dépression majeure, l'hyperanxiété, l'angoisse de séparation et l'opposition. Plusieurs dimensions peuvent être mesurées à partir de la grille de symptômes de Achenbach et Edelbrock (1983). Nous pourrons utiliser des scores de 8 dimensions. Ces dimensions sont : la délinquance, l'agressivité, le retrait social, les plaintes somatiques, les problèmes anxio-dépressif, les problèmes sociaux, les problèmes d'attention et les problèmes de pensée.

Les données du tableau 39 indiquent plusieurs corrélations significatives au niveau statistique (seules les corrélations significatives sont indiquées à l'intérieur des tableaux). Elles varient entre 0.161 et 0.316 et sont toutes positives. Cela signifie que la prernière variable augmente en même temps que la seconde. Il semble donc y avoir une association entre le nombre de symptômes exprimés par les enfants et perçus par les mères pour plusieurs problèmes. En effet, sur une possibilité de 56 corrélations pour l'ensemble de l'échantillon, 36 sont significatives au niveau statistique (64%). Ces données montrent bien, malgré des corrélations peu élevées, qu'une certaine concordance existe entre les mères et les enfants, du moins pour certains problèmes et vont dans le sens des données de Sternberg, et coll. (1988). Mentionnons que les symptômes de l'hyperactivité et de la dépression majeure vécus par l'enfant sont toujours associés positivement au nombre de symptômes des 8 types de problèmes évalués par les mères.

L'examen des résultats pour tous les enfants de familles québécoises (tableau 40) et de familles d'immigration récente (tableau 41) (sans se soucier s'ils soient de familles violentes ou non) révèlent moins de corrélations significatives entre la perception des mères et celles des enfants (respectivement 32% et 37%). Plus spécifiquement, chez le groupe immigrant, on remarque également que les corrélations entre les enfants et les mères sont beaucoup plus concentrées autour de combinaisons de problèmes de santé mentale. En effet, plus le nombre de symptômes perçus par les femmes immigrantes augmentent

pour des problèmes comme le retrait social, les plaintes somatiques, les problèmes de pensée et d'attention, plus le nombre de symptômes exprimés par les enfants pour la phobie simple, l'angoisse de séparation et la dépression majeure augmente.

Tableau 39. Corrélations entre la perception des mères et des enfants pour l'ensemble de l'échantillon *.

	Dimensions du CBCL							
	Délinquance	Agressivité	Retrait social	Plaintes somatiques	Dépression	Immaturité	Hyperactivité	Schizoïdie
Dominique								
Trouble des conduites	0.219	*0.256*					*0.266*	
Hyperactivité	0.195	*0.316*	0.202	0.247	*0.255*	0.170	*0.263*	0.169
Phobie simple			*0.280*	0.180	0.248		0.161	0.223
Angoisse			0.231		*0.261*			0.207
Dépression	0.226	0.230	*0.272*	0.223	*0.287*	*0.284*	0.249	*0.285*
Opposition		0.189	0.210	0.215	0.175		0.237	0.190
Anxiété					0.228			0.200

* Seules les corrélations significatives sont rapportées à l'intérieur du tableau.

Tableau 40. Corrélations entre la perception des mères et des enfants pour l'ensemble des enfants de familles québécoises *.

	Dimensions du CBCL							
	Délinquance	**Agressivité**	**Retrait social**	**Plaintes somatiques**	**Dépression**	**Immaturité**	**Hyperactivité**	**Schizoïdie**
Dominique								
Troubles des conduites		*0.290*					*0.316*	
Hyperactivité	*0.262*	*0.393*			*0.325*	0.246	*0.269*	
Phobie simple			*0.269*					*0.271*
Angoisse					*0.254*			0.213
Dépression	*0.275*	*0.329*			*0.385*	*0.338*	0.245	0.249
Opposition								
Anxiété								0.218

* Seules les corrélations significatives sont rapportées à l'intérieur du tableau.

Tableau 41. Corrélations entre la perception des mères et des enfants pour l'ensemble des enfants de familles d'immigration récente *.

	Dimensions du CBCL							
	Délinquance	Agressivité	Retrait social	Plaintes somatiques	Dépression	Immaturité	Hyperactivité	Schizoïdie
Dominique								
Trouble des conduites								
Hyperactivité			0.220	*0.296*				
Phobie simple			*0.326*	*0.343*	*0.303*		*0.370*	0.242
Angoisse			*0.270*	0.228	*0.273*			*0.255*
Dépression			*0.343*	*0.262*			*0.270*	*0.356*
Opposition			0.230	*0.324*			*0.359*	
Anxiété					*0.264*		0.217	0.229

* Seules les corrélations significatives sont rapportées à l'intérieur du tableau.

Lorsque l'on compare les familles violentes (où la mère a été victime au moins une fois, d'un geste violent physique à son égard au cours des six derniers mois) aux familles non violentes, on constate peu de concordance entre les différentes combinaisons de problèmes dans les familles qualifiées de violentes; en effet, seulement 11% des corrélations sont significatives au niveau statistique (tableau 42), comparativement à 45% chez les familles non violentes (tableau 43).

Tableau 42. Corrélations entre la perception des mères et des enfants pour l'ensemble des enfants de familles violentes *.

	Dimensions du CBCL							
	Délinquance	Agressivité	Retrait social	Plaintes somatiques	Dépression	Immaturité	Hyperactivité	Schizoïdie
Dominique								
Trouble des conduites						*0.381*	*0.274*	
Hyperactivité								
Phobie simple			*0.375*					
Angoisse			*0.260*		*0.318*			
Dépression						*0.395*		
Opposition								
Anxiété								

* Seules les corrélations significatives sont rapportées à l'intérieur des tableaux.

Tableau 43. Corrélations entre la perception des mères et des enfants pour l'ensemble des enfants de familles non violentes *.

	Dimensions du CBCL							
	Délinquance	Agressivité	Retrait social	Plaintes somatiques	Dépression	Immaturité	Hyperactivité	Schizoïdie
Dominique								
Trouble des conduites	0.231	*0.252*					0.189	
Hyperactivité		*0.348*						
Phobie simple				0.213	*0.253*		0.221	*0.264*
Angoisse								0.205
Dépression	0.241	0.231	0.228	*0.265*	*0.262*		0.193	*0.335*
Opposition		0.221	*0.287*	0.244	0.226		0.223	0.214
Anxiété				0.209	0.255			*0.314*

* Seules les corrélations significatives sont rapportées à l'intérieur des tableaux.

L'examen des 4 groupes d'enfants (de familles québécoises violentes, de familles immigrantes violentes, de familles québécoises non violentes et de familles immigrantes non violentes) (voir les tableaux 44, 45, 46 et 47) démontre des points intéressants. On note que le nombre de corrélations significatives est peu élevé dans les familles québécoises et d'immigration récente définies comme violentes, comparativement aux familles québécoises et d'immigration récente non violentes. Une seule corrélation significative au niveau statistique ressort du groupe des familles violentes d'immigration récente, soit le nombre de symptômes pour la phobie simple et le retrait social (voir le tableau 46). Dans les familles québécoises violentes, plusieurs corrélations proviennent de l'association entre les problèmes sociaux perçus par les mères et certains problèmes comme les troubles des conduites, les troubles de l'opposition, l'hyperanxiété et surtout, la dépression majeure (corrélation de 0.519) (tableau 44).

Enfin, plusieurs corrélations positives significatives ressortent chez le groupe des familles non violentes d'immigration récente lorsqu'on le compare à celui des enfants de familles non violentes québécoises. La plupart des corrélations proviennent des symptômes perçus par les mères pour la somatisation, les troubles anxio-dépressifs et les problèmes de pensée avec les différents symptômes associés aux problèmes de santé mentale du Dominique, sauf les troubles de conduites. Les corrélations les plus élevées se retrouvent entre la somatisation et l'hyperactivité (0.543) et la somatisation et les troubles de l'opposition (0.533).

Tableau 44. Corrélations entre la perception des mères et des enfants pour l'ensemble des enfants de familles québécoises violentes *.

	Dimensions du CBCL							
	Délinquance	Agressivité	Retrait social	Plaintes somatiques	Dépression	Immaturité	Hyperactivité	Schizoïdie
Dominique								
Trouble des conduites						*0.457*		
Hyperactivité				*0.366*				
Phobie simple			*0.382*					
Angoisse			*0.415*		*0.436*			*0.343*
Dépression						**0.519**		
Opposition						*0.401*		
Anxiété						*0.352*		

* Seules les corrélations significatives sont rapportées à l'intérieur des tableaux.

Tableau 45. Corrélations entre la perception des mères et des enfants pour l'ensemble des enfants de familles québécoises non-violentes*.

	Dimensions du CBCL							
	Délinquance	Agressivité	Retrait social	Plaintes somatiques	Dépression	Immaturité	Hyperactivité	Schizoïdie
Dominique								
Trouble des conduites		*0.356*					*0.309*	
Hyperactivité	*0.276*	*0.411*	*0.287*		*0.361*		*0.283*	
Phobie simple								
Angoisse								
Dépression		*.337*			*.394*			*.332*
Opposition								
Anxiété								*.322*

* Seules les corrélations significatives sont rapportées à l'intérieur des tableaux.

Tableau 46. Corrélations entre la perception des mères et des enfants pour l'ensemble des enfants de familles immigrantes violentes *.

	Dimensions du CBCL							
	Délinquance	Agressivité	Retrait social	Plaintes somatiques	Dépression	Immaturité	Hyperactivité	Schizoïdie
Dominique								
Trouble des conduites								
Hyperactivité								
Phobie simple			.402					
Angoisse								
Dépression								
Opposition								
Anxiété								

* Seules les corrélations significatives sont rapportées à l'intérieur des tableaux.

Tableau 47. Corrélations entre la perception des mères et des enfants pour l'ensemble des enfants de familles immigrantes non violentes*.

	Dimensions du CBCL							
	Délinquance	Agressivité	Retrait social	Plaintes somatiques	Dépression	Immaturité	Hyperactivité	Schizoïdie
Dominique								
Trouble des conduites								
Hyperactivité				.543	.274			.424
Phobie simple		.289		.399	.376		.369	.270
Angoisse	.427		.297	.422	.274			.327
Dépression				.375				.399
Opposition	.317	.375	.290	.533	.373		.480	.433
Anxiété				.408	.327		.352	.301

* Seules les corrélations significatives sont rapportées à l'intérieur des tableaux.

CHAPITRE 4

DISCUSSION

Cette recherche de nature exploratoire de type descriptif visait à dégager les problèmes de santé mentale d'enfants âgés de 6 à 12 ans en tenant compte à la fois du fait d'être témoin de violence conjugale physique dans la famille et à la fois d'être d'immigration récente, tout en prenant en considération chez ces derniers du temps d'arrivée de la famille et du niveau d'acculturation de la mère. Une attention particulière a été portée sur la concordance entre la perception des enfants et des mères en ce qui a trait au nombre de symptômes pour certains problèmes de santé mentale. Cette recherche se distingue par le fait qu'elle vise à délimiter l'impact de la violence chez les enfants de famille d'immigration récente, c'est-à-dire arrivées depuis moins de 10 ans au pays, comparativement à d'autres recherches qui ont plutôt étudié l'ethnicité des enfants.

Cinq éléments nouveaux ressortent clairement de cette recherche. Le **premier élément** montre que la santé mentale des enfants varie selon qu'ils soient réellement témoins (selon la mère) ou non de violence physique subie par leur mère. Rappelons que la définition retenue pour qualifier une famille de violente est celle où la mère a été au minimum poussée, agrippée ou bousculée au moins une fois au cours des six derniers mois. En effet, les données indiquent que les enfants de familles québécoises et d'immigration récente manifestent plus de problèmes de santé mentale lorsqu'ils ont été témoins au moins une fois d'un acte de violence physique comparativement à ceux qui n'étaient pas présents au moment des agirs violents même s'ils vivaient dans des familles violentes. Ces résultats montrent qu'il est primordial de bien identifier si l'enfant a bel et bien été témoin de violence physique. Pourtant, au début de cette étude, nous étions convaincus que l'atmosphère même de la violence conjugale dans une famille était aussi nocive pour les enfants qui y vivent.

Il est important de rappeler que la mère était notre unique source d'information afin de déterminer si ses enfants avaient été ou non témoins de violence physique. Dans certains cas, il est possible qu'elle nous ait menti, pour toutes sortes de raisons ou qu'elle n'était pas dans un état optimal pour répondre aux

questions. Une chose est claire : il est difficile de se référer à la perspective des intervenant(e)s (en CLSC ou en maisons d'hébergement) compte tenu qu'ils ne peuvent comptabiliser avec précision si et combien de fois l'enfant a été témoin de violence conjugale physique. La perspective de questionner l'enfant lui-même a aussi été envisagée, mais avec les nombreuses difficultés rencontrées au cours de la recherche (retour sur des événements violents, etc.), nous avons décidé de l'interviewer uniquement pour obtenir des scores de santé mentale au Dominique/Tony, et au questionnaire «À qui je ressemble». Dans un futur rapproché, il serait intéressant de comparer la perspective des enfants et des parents quant à la fréquence de la visualisation de la violence conjugale physique. Récemment, plusieurs auteurs ont suggéré le recours à deux ou trois évaluateurs (enseignants, intervenants, etc.) pour indiquer la présence ou non de violence à l'intérieur de la famille ou la présence de problèmes de santé mentale chez l'enfant (Strenberg et coll., 1998). Les recherches de ce type sont encore peu nombreuses.

Dans cette recherche, un enfant était considéré comme témoin de violence du fait qu'il visualisait les actes violents. Il est important de noter que les enfants vivant dans une famille violente tout en ne visualisant pas la violence, ceux qu'on appelle les enfants "non témoins de violence", peuvent entendre ou déduire qu'ils vivent dans une famille où la violence de toutes sortes se produit soit régulièrement ou de façon irrégulière. Des recherches ultérieures pourraient tenter de cerner ces différentes formes de perception afin d'obtenir un profil le plus exact possible du nombre de fois où l'enfant a vu, entendu ou compris, même s'il est difficile de quantifier la perception de l'enfant quant au climat violent où il vit, sans pour cela être directement témoin de violence conjugale. Certaines recherches effectuées dans des maisons d'hébergement montrent que l'ensemble des enfants ont été témoins visuels ou ont entendu qu'ils se passaient des événements violents dans la maison. Enfin, il serait intéressant de mesurer le niveau global de violence dans la maison, dans la communauté et

dans le pays d'origine. Peu de recherches, à notre connaissance, ont tenté de décrire et de mesurer ces différents aspects liés à la violence.

Les données de cette recherche indiquent également que plus la fréquence de visualisation de violence conjugale par l'enfant est élevée, plus il y a de chances de présenter un problème de santé mentale, autant intériorisé qu'extériorisé. Ces résultats tendent à confirmer qu'il est maintenant essentiel de déterminer le nombre de fois qu'un enfant a été témoin de violence conjugale.

L'objectif premier de cette recherche étant de déterminer l'impact du fait d'être témoin de violence conjugale physique, la violence verbale n'a pas encore été prise en considération. Il est important de mentionner qu'avec les critères retenus pour notre recherche, il n'est pas impossible que certains enfants classifiés dans des familles non violentes soient témoins de violence verbale de façon quotidienne et que nous soyons passés à côté de cet aspect. Nous nous proposons, dans une recherche ultérieure, d'analyser cet aspect compte tenu que ce type de violence est aussi associé aux problèmes de psychopathologie des enfants (Fortin et Chamberland, 1995).

Rappelons que le fait, pour la mère, d'avoir été poussée, bousculée ou agrippée au moins une fois au cours des six dernier mois était retenu comme un acte de violence conjugale physique. Le construit "violent" identifié par Strauss et Gelles (1990) commence habituellement par le fait de "lancer un objet"; de plus, ils ont qualifié la violence physique à deux niveaux : la violence mineure et la violence majeure. Dans cette recherche, chaque acte violent était traité avec la même pondération, c'est-à-dire produisant le même impact. Il est toutefois possible de pondérer les actes violents répertoriés à partir du CTS (*Conflict Tactics Scale*); on comprend qu'un enfant qui voit sa mère être bousculée à plusieurs reprises ne donnera probablement pas la même signification aux gestes que celui qui voit sa mère être bousculée et menacée avec une arme à feu.

De plus, lors de cette recherche, seuls les comportements violents subis par la mère lors des six derniers mois ont été pris en compte pour éviter, rappelons-le, le biais rétrospectif du processus de mémorisation. En contrepartie, dans certains cas, l'ampleur du phénomène a pu être sous-estimé, du moins pour celles qui n'ont pas vécu avec leur conjoint durant toute cette période (une femme devait avoir vécu au moins un mois avec son conjoint). De même, le recrutement aurait été facilité si nous avions choisi d'inclure les mères qui ne sont plus avec leur conjoint depuis plus d'un an. Par contre, cette procédure aurait biaisé notre mesure de santé mentale de l'enfant; en effet, il est possible que le portrait de la santé mentale des enfants aurait été plus positif puisque ceux-ci auraient cessé de vivre dans un climat violent depuis plusieurs mois. Notre objectif étant de mesurer l'impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur le profil de santé mentale de l'enfant, entre deux biais possibles, nous avons choisi celui qui nous semblait le moins "conséquent" pour la recherche, c'est-à-dire celui de sous-estimer le phénomène de violence conjugale à l'égard de la mère et le nombre de fois que l'enfant a été témoin de violence conjugale.

Le **deuxième élément** qui ressort de cette recherche porte sur la comparaison de la santé mentale des enfants de familles d'immigration récente et ceux de familles québécoises. Dans l'ensemble, les enfants des deux groupes se ressemblent beaucoup; ils ne présentent pas de différence en ce qui a trait aux problèmes de santé mentale, à l'exception des troubles extériorisés rencontrés chez 25% des enfants de familles québécoises comparativement à 13% chez les enfants de familles d'immigration récente. Peu de recherches, à notre connaissance, ont traité de ce sujet, rendant les comparaisons difficiles. En effet, la plupart des recherches visent à étudier les différences entre différents groupes ethniques (Blancs, Noirs, Hispaniques, etc.), sans pour cela comparer les immigrants des non immigrants, ni se soucier du temps d'arrivée des enfants de familles immigrantes.

Le **troisième élément** concerne les différents aspects de l'acculturation. Il est important de rappeler que notre échantillon de familles d'immigration récente est représenté par 37 groupes d'origines culturelles différentes. La comparaison de l'origine ethnique des femmes regroupées selon les grandes aires culturelles montre que celles victimes de violence conjugale comparativement à celles non victimes de violence sont réparties à peu près également. La seule différence importante provient du fait que des femmes provenant de pays asiatiques (ex.: Chine, Cambodge, Philippines, etc.) ne sont pas représentées dans le groupe des familles violentes, ce qui ne constitue pas un problème majeur puisque, au départ, nous étions à la recherche d'un échantillon de nature générique en ce qui concerne l'immigration. De plus, il aurait été difficile de recruter des femmes victimes de violence conjugale physique à l'intérieur d'un seul groupe culturel, voire même impossible.

Comme l'ont déjà suggéré plusieurs auteurs au cours des trois dernières décennies (Chang et coll., 1995; Naditch et Morrissey, 1976; Rogler et coll., 1991), nous avons vérifié si le temps d'arrivée dans le pays hôte pouvait avoir un impact sur la santé mentale des enfants. Depuis longtemps, le temps d'arrivée a été assimilé à une mesure d'acculturation; les individus arrivés depuis longtemps étant plus susceptibles d'être adaptés au pays hôte et ceux arrivés depuis peu de temps étant plus à risque de vivre de nombreux "stresseurs" et, conséquemment, de manifester des problèmes de santé mentale. Toutefois, les données de notre recherche ne montrent pas de différence entre la santé mentale des enfants arrivés depuis moins de quatre ans et ceux arrivés depuis plus de quatre ans au Québec. Ces données confirment les résultats récents de Chang et coll., (1995) et sont contraires au modèle classique d'acculturation.

Nous avons également vérifié si le degré d'acculturation (tel que mesuré par l'échelle de Berry) de la mère pouvait jouer un rôle important dans l'apparition de problèmes de santé mentale chez ses enfants. Quelques modèles tenant compte du temps d'arrivée, de la présence de violence ou non dans la famille, du

sexe de l'enfant et des différents construits de l'échelle de Berry (le style INTÉGRATION, le style ASSIMILATION, le style MARGINALISATION et le style SÉPARATION) ont été testés. Dans deux modèles, une faible adhésion au style *Intégration* était associée à la présence de problèmes de santé mentale, tels qu'évalués par l'enfant à partir du questionnaire Dominique/Tony. Ainsi, plus la mère est en désaccord avec ce type de style, plus la probabilité de rencontrer un problème de santé mentale de type extériorisé chez l'enfant augmente.

Autre fait intéressant, les données montrent que le groupe des femmes immigrantes vivant dans des familles violentes sont significativement plus en désaccord avec le style *Séparation* que celles vivant dans des familles non violentes. Ainsi, les femmes violentées sont en désaccord avec le fait de rejeter la société d'accueil. Il est fort possible que cette volonté d'intégration soit associée à la présence de violence conjugale physique à leur égard. Ce mécanisme peut fonctionner dans un sens ou dans l'autre; ou bien les femmes voulant s'intégrer à la société d'accueil sont plus susceptibles d'être violentées par leur conjoint, ou bien les femmes aux prises avec un conjoint violent sont plus ouvertes aux valeurs de la société d'accueil ou ont consulté les services sociaux et de santé pour leurs problèmes, contact qui potentiellement favorise l'intégration. Ce résultat constitue une piste de recherche intéressante pour le futur.

Le **quatrième élément** porte sur la détermination de facteurs de risque et de protection sur lesquels on peut agir. Peu d'auteurs dans le domaine des enfants témoins de violence conjugale ont centralisé sur la détermination des variables en tant que facteurs de risque et de protection (Holden et Ritchie, 1991; O'Keefe, 1994; Wolfe et coll., 1985). Cet aspect de la recherche est extrêmement important afin de déterminer les variables qui sont associées aux problèmes de psychopathologie des enfants, afin de capitaliser sur les facteurs de protection que nous aurons ainsi identifiés et enfin, peut-être qu'avec l'identification de ces variables, nous pouvons penser à briser le cycle de la

violence conjugale qui se perpétue d'une génération à l'autre (Bourassa et Turcotte, 1998).

De notre analyse, quatre aspects se révèlent comme des facteurs de risque et de protection : 1- les comportements de soins, 2- le statut d'immigration ou non, 3- le nombre de visualisations et 4- le dysfonctionnement social, le soutien du conjoint et la satisfaction dans la relation de couple.

1- Les comportements de soins :

Les modèles d'analyse de régression logistique ont montré l'impact positif des comportements de soins que la mère donne à l'enfant; plus les comportements de soins augmentent et plus la probabilité d'avoir des problèmes de nature extériorisée diminue. Cela se produit autant dans le modèle où l'on tient compte du fait de vivre ou non dans une famille violente que dans celui où est quantifiée la fréquence où l'enfant a été témoin de violence conjugale. Ces données montrent, du moins pour l'ensemble de l'échantillon, qu'un des éléments importants pour la santé mentale des enfants est cette composante de la relation mère-enfant. Même si en soi, ceci n'avait rien de surprenant, il reste que nous avons, au-delà des vœux pieux et des bons sentiments, enfin une preuve quantifiée de l'importance de bons comportements de soins, d'un "maternage adéquat".

2- Statut d'immigration ou non :

Les résultats indiquent également que les enfants de familles québécoises sont plus à risque de manifester des troubles extériorisés et les enfants de familles d'immigration récente, des troubles intériorisés. Ces données peuvent s'expliquer par le fait que les enfants québécois manifestent, en effet, plus de problèmes de type extériorisé, mais aussi par le fait que les enfants de familles d'immigration récente ne dévoilent pas tout à l'intervieweur. Rappelons que pour

l'ensemble des autres mesures de santé mentale, aucune différence n'est ressortie entre les enfants des deux groupes.

3- Nombre de visualisations :

La fréquence à laquelle l'enfant a été témoin de violence conjugale constitue une variable significative dans tous les modèles où elle a été insérée. Plus un enfant est témoin de violence conjugale physique, plus il est à risque de présenter des troubles intériorisés et/ou extériorisés. Ces données confirment les résultats de plusieurs recherches effectuées au cours des 15 dernières années (Rosenberg, 1984; O'Keefe, 1994a, 1994b) et incitent à tenir compte de cette variable dans les futurs devis de recherche. Les données de cette recherche montrent également que les garçons et les filles sont témoins, en moyenne, du même nombre d'actes violents à l'égard de leur mère, qu'ils soient de famille d'immigration récente ou québécoises. Ces données préliminaires vont à l'encontre des idées émises par certains auteurs (Jaffe et coll., 1986a), à savoir que les garçons seraient plus susceptibles de se retrouver témoins de violence conjugale compte tenu de la banalisation du phénomène par les parents lorsqu'il s'agit d'un garçon. Au cours des prochaines analyses, il serait important de vérifier si des actes plus violents (ex.: menacer sa conjointe avec un arme à feu) sont plus souvent perpétrés devant un garçon qu'une fille.

4- Le score de dysfonctionnement social, le soutien du conjoint et la satisfaction dans la relation de couple :

Le score de dysfonctionnement social de la mère est associé aux troubles intériorisés chez les enfants; plus le score augmente et plus les enfants sont à risque de manifester des problèmes intériorisés. Ces données confirment que les mères en moins bonne "santé mentale" ont des enfants plus à risque de développer des troubles de nature intériorisée, particulièrement pour leur fille. Cela confirme en partie le modèle de Jaffe, Wolfe et Wilson (1990) et de Holden et Ritchie (1991) selon lequel la santé de la mère est un élément important. Quant au soutien du conjoint, il représente un facteur de protection pour les

troubles extériorisés, c'est-à-dire que plus la mère perçoit que son conjoint s'occupe de l'enfant, moins l'enfant présente de problèmes extériorisés. Une satisfaction élevée de la femme à l'égard de son couple a, quant à elle, un effet protecteur contre les problèmes intériorisés et/ou extériorisés. Ces données confirment les résultats d'autres recherches épidémiologiques (Valla et coll., 1994a). Il est à noter que ce dernier résultat provient de l'analyse bivariée uniquement.

Rappelons que les analyses de régression logistique présentées dans ce travail portaient sur l'ensemble des enfants de l'échantillon, et que l'influence de chacune des variables indépendantes a été déterminée en tenant constantes les autres variables. Dans de futures recherches, certains modèles pourraient être testés en vérifiant si certaines variables intermédiaires existent plutôt que de regarder uniquement l'impact direct des variables sur la santé mentale des enfants. Ceci permettrait d'arriver à une modélisation plus précise de la façon dont les problèmes de santé mentale émergent, autant dans les familles violentes que les autres. D'ailleurs, nous prévoyons faire ces analyses à l'aide d'autres techniques multivariées (en utilisant LISREL (Bollen, 1989) par exemple) pour mieux tester les modèles. À titre d'exemple, il serait intéressant de déterminer certaines associations possibles telles que la relation entre la quantité de violence vécue par la mère, l'effet sur sa relation mère-enfant, contribuant à son tour à la présence de problèmes de santé mentale chez son enfant. Il est également important de vérifier si les *patterns* sont les mêmes pour les enfants de familles québécoises et d'immigration récente dans les chaînes de variables en cause. Une autre sphère importante à vérifier consiste à regarder les enfants ayant des problèmes de santé mentale un à un et de déterminer les variables de protection qui ont pu jouer sur lui. En dernier lieu, compte tenu que cette recherche vise à déterminer les variables les plus susceptibles d'aider les intervenants de première ligne dans leur travail, l'étude de la relation mère-enfant devrait être approfondie afin de créer d'autres variables si nécessaires à partir de cet instrument (ex.: la combinaison des comportements de soins et d'autonomie,

la combinaison des comportements de soins et comportements punitifs, etc.) et de bien saisir la réalité des enfants de familles québécoises et d'immigration récente témoins ou non de violence conjugale. Les données préliminaires indiquent que les enfants souffrant le plus de problèmes extériorisés sont ceux recevant le moins de comportement de soin de leur mère mais dont l'autonomie a été encouragée.

Le **cinquième élément** de cette recherche porte sur la concordance entre la perception des enfants et des mères en ce qui concerne le nombre de symptômes pour certains problèmes de santé mentale. Lorsqu'on examine les corrélations pour les différentes combinaisons de problèmes, nous constatons qu'il existe plusieurs corrélations significatives. Par ailleurs, les corrélations observées chez certains sous-groupes d'enfants diminuent de façon dramatique. Par exemple, l'examen du groupe des enfants de familles violentes (indépendamment qu'ils soient de familles québécoises ou d'immigration récente) indique uniquement six corrélations significatives, ce qui suggère une concordance pratiquement nulle entre les deux acteurs (la mère et l'enfant). Cette concordance est encore moins bonne entre la mère et l'enfant lorsque l'on examine des enfants de familles violentes d'immigration récente; une seule corrélation ressort de façon significative. Seuls Rousseau, Corin et Renaud (1989), à notre connaissance, ont effectué ce type d'analyse à partir des deux mêmes instruments, soit le questionnaire Dominique et le CBCL de Achenbach et Edelbrock (1983). Leurs résultats montrent que la concordance entre les parents et les enfants est élevée pour les symptômes d'intériorisation, et en particulier pour les symptômes d'anxiété. En général, les données de nature épidémiologique concordent peu en présence de plusieurs acteurs qui évaluent la santé mentale des enfants, mais, dans cette situation précise, l'accord est quasi nul, surtout lors de l'examen des données portant sur les familles violentes.

Ces données montrent qu'il est important d'évaluer la perception de différents acteurs en ce qui concerne la santé mentale des enfants pour les différents sous-groupes des échantillons (familles violentes, familles non violentes, etc.) comme nous l'avons fait. Les données de Sternberg et coll., (1998) portent uniquement sur l'ensemble de leur échantillon et mériteraient d'être analysées plus à fond pour dégager la spécificité propre à chaque sous-groupe.

Nous mentionnions plus haut que nous ne présenterions pas les résultats des analyses bivariées et multivariées pour le CBCL. Les résultats des analyses de régression lorsque la santé mentale de l'enfant a été évaluée par la mère (résultats non présentés dans ce document), sont paradoxaux. À titre d'exemple, les résultats indiquent que plus l'indice socio-économique, le soutien du conjoint et la satisfaction générale du couple augmentent plus les enfants sont à risque de manifester des troubles mentaux. Cela semble confirmer, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, la possibilité que la perspective de la mère ne soit pas un bon outil pour l'évaluation de la santé mentale de ses enfants. Il est possible que certaines mères évaluent mal les problèmes de santé mentale de leurs enfants pour de multiples raisons (ex.: peur de dévoiler l'état réel de son enfant, perception de la mère altérée compte tenu de sa situation difficile, etc.). La validation interculturelle ainsi que la validation à la DSM-IV du CBCL reste pour nous une étape à faire dans le futur.

À la lumière de nos résultats, il semble que la perspective de l'enfant obtenue à l'aide du questionnaire Dominique/Tony soit un meilleur "thermomètre" pour évaluer les problèmes de santé mentale.

CHAPITRE 5

CONCLUSION

Les données de cette recherche indiquent clairement que les enfants témoins de violence conjugale physique subie par leur mère sont à risque de développer des problèmes de santé mentale. Cela confirme les résultats d'autres études effectuées au cours des deux dernières décennies (Rosenberg, 1984; O'Keefe, 1994a, 1994b).

Les données montrent également peu de différences entre les enfants de familles d'immigration récente et ceux de familles québécoises. Ces résultats confirment l'impression des intervenantes du CLSC Côte-des-Neiges qui avaient été interrogées sur cette question au début de notre étude. Le temps d'arrivée ne semble pas non plus associé au problème de santé mentale des enfants, mais les scores de certaines dimensions de l'échelle de Berry le sont, surtout ceux des construits *Intégration* et *Séparation*. Ces résultats suggèrent que les interventions des professionnels de première ligne ne devraient pas être influencées par l'origine ethnique et le temps d'arrivée des enfants. Dans le futur, d'autres recherches devraient être effectuées afin de confirmer ce point. Également, il reste que même si notre étude ne l'a pas fait, il est essentiel que les interventions établissent des liens avec le contexte historico-socio-économique d'où proviennent les familles.

Le fait d'être témoin de violence conjugale a un effet néfaste, que ce soit chez l'un ou l'autre des deux types de familles (d'immigration récente ou québécoise). Toutefois, en ce qui concerne l'effet combiné de ces deux variables, il semble que les enfants de famille d'immigration récente "souffrent" plus du fait d'être réellement témoins de violence conjugale (souffrance mesurée par les troubles intériorisés du Dominique/Tony) que les autres. Ces conclusions vont dans le sens anticipé au début : nous avions en effet l'impression que les enfants victimes d'une double problématique (stress associé à l'immigration et stress associé au fait d'être témoin de violence conjugale) seraient plus à risque de présenter des problèmes de santé mentale. Cette conclusion va à l'encontre

d'une "rumeur" ou mythe à l'effet que la violence conjugale est "culturellement" plus tolérable dans les familles d'immigration récente.

Deux autres points sont ressortis de façon probante: (1) l'association entre les comportements de soins de la mère et les problèmes de santé mentale et (2) la non concordance entre la perspective de la mère et de l'enfant en terme de santé mentale de l'enfant. Ces deux éléments pourraient être insérés dans des programmes d'intervention de type secondaire pour les enfants témoins de violence conjugale. En effet, il serait possible de tenter d'améliorer la relation mère-enfant par l'intermédiaire d'approches spécifiques concrètes se rapportant aux comportements de soins. De plus, il serait important de favoriser la prise de conscience par les mères, surtout celles de familles d'immigration récente, de la santé mentale de leur enfant.

Toutefois, des nuances s'imposent ici. Tout d'abord, en relation à la violence au sein de la famille, qui inclut la violence conjugale, à l'instar des conclusions de l'étude de Clarkson (1994), notons que même si on parle de la construction culturelle, dans les cas de comportements violents qui se répètent de génération en génération, il ne s'agit pas d'une constatation absolue. De là, elle conclut de l'importance de décrire les relations conflictuelles et la violence intrafamiliale dans une perspective synchronique (afin de rendre compte des interactions dans le milieu familial) et diachronique (pour avoir un aperçu de certains facteurs déterminants et de leurs conséquences dans les comportements violents). Pour l'auteur, la complexité du phénomène de la violence doit mener non seulement au développement d'instruments appropriés pour l'appréhender, mais aussi à la création de méthodes complémentaires interdisciplinaires. Étant donné la nature même de la violence, l'enquête épidémiologique et l'observation directe, selon Clarkson (1994), s'avèrent impuissantes à démasquer la violence et son impact et ce, en dehors de toutes considérations éthiques. Compte tenu de ces limites, l'auteur souligne que les récits de vie constituent une méthode mieux appropriée pour aborder cette problématique.

Deuxièmement, la préoccupation de notre recherche est centrée sur le jeune comme individu et sur l'effet stressant du trauma occasionné par la violence conjugale, ainsi que sur le processus de maladie induit par cet effet traumatique, ce qui peut nous amener à conclure que l'enfant devient "une victime" de la situation. Cette perception peut aussi nous conduire à penser que le fait d'avoir vécu dans de tels environnements donne comme résultats univoques la maladie. Une telle conclusion, selon Corin et Rousseau (1997), nous amène à sous-estimer les personnes qui, soumises à un même type de violence, arrivent, de façon paradoxale, à dépasser la souffrance pour augmenter leur résistance personnelle et retrouver une vie créatrice. C'était d'ailleurs spécifiquement ces enfants qui nous intéressaient, ceux qui, malgré les conditions et l'environnement objectivement difficiles, vont bien.

Tout ceci nous oblige à repenser la manière dynamique selon laquelle s'établissent les interrelations entre les faits biologiques de la personne et les autres variables contextuelles et culturelles qui font que les mêmes événements dramatiques sont vécus paradoxalement avec deux types de réponses: l'une de consolidation et l'autre de déstructuration de l'appareil psychique de l'être.

Troisièmement, quand la population est de culture différente, l'approche "émique" semble complémentaire à l'approche "étique". Ainsi, la recherche assure un bon support pour appréhender le comment, c'est-à-dire, la manière spécifique que chaque culture possède, selon Flaherty et coll. (1998), pour exprimer les signes et les symptômes d'un problème de santé, incluant la maladie. De plus, ils soulignent que l'utilisation d'un même instrument pour mesurer un problème de santé chez différents groupes culturels, dans une société pluriethnique - comme dans le cas de cette recherche - exige que ledit instrument soit adapté et évalué sur cinq dimensions. Cela se fait en posant les questions suivantes : (1) le contenu de chaque item de l'instrument correspond-il aux phénomènes vécus par les personnes de la culture étudiée (équivalence du contenu)? ; (2) la traduction correspond-elle à la langue (écrite et/ou orale) de la

culture visée (équivalence sémantique)? ; (3) la méthode utilisée pour recueillir les données à travers l'instrument est-il adéquat à cette culture (équivalence technique) ? ; (4) l'interprétation de la mesure de la variable est-elle comparable à la norme de la culture concernée (équivalence de critère)? ; (5) l'instrument est-il mesuré dans le construit théorique de ladite culture (équivalence conceptuelle)? Une des manières de respecter avec rigueur ces critères de validation des instruments applicables à différentes cultures, c'est de consulter les intervenants en santé de la population-cible et de réaliser les pré-tests sur des échantillons restreints de la population à l'étude.

Nous sommes donc conscients que l'adaptation des instruments originaux de mesure psychosociale, tenant compte du contexte culturel de la population-cible, est un long processus qui se déroule selon des étapes précises et qui va au-delà de la simple traduction d'un instrument existant. Déjà, avec la première enquête générale de Santé Québec, en 1987, le fait d'utiliser le même instrument de mesure pour établir un bilan de santé des membres de "communautés culturelles du Québec" avait été questionné par Cousineau (1989). L'auteur concluait que toute planification globale de santé, qui vise l'ensemble d'une population composée de plusieurs groupes, laisse probablement de côté des besoins particuliers qui exigeraient une planification mieux adaptée pour répondre à ces besoins culturels spécifiques. Ce constat coïncide avec les observations faites par Clarkson (1995) au sujet de l'application des instruments de l'Enquête Santé Québec à la population des Cris de la Baie-James en 1991 en posant comme prémisse initiale de réaliser l'enquête «tout en l'adaptant aux particularités socio-culturelles des populations de la région». Cette approche ne prend pas en considération les conceptions non-occidentales de santé ni la manière selon laquelle la maladie est traitée dans cette culture et ces liens avec les facteurs environnementaux. Donc, les instruments de mesure de l'état de la santé construit sur un modèle individualiste et bio-médical présentent forcément un problème initial grave. Des situations semblables se répètent aussi avec la

même enquête mais cette fois auprès des Inuits du Québec nordique, en 1992, ainsi que démontré par Jetté et Chevalier (1994).

Cette validation "transculturelle" d'instruments de mesure demeure un beau défi pour les équipes de recherche, y compris la nôtre. Il demeure qu'à notre avis le choix du Dominique comme instrument de mesure fut un choix heureux, particulièrement parce qu'il n'est pas un instrument projectif, mais qu'il présente aux enfants évalués des situations réelles.

Avec ces nuances, les résultats de cette recherche nourriront notre réflexion longtemps encore. Les facteurs de risque et de protection concernent tous les enfants, sans égard aux situations particulières dans lesquelles ils grandissent. C'est précisément ce questionnement (qui sous-tendait notre recherche) qui s'adresse à tous les enfants et qui inscrit notre recherche dans une amorce de recherche fondamentale.

BIBLIOGRAPHIE

Achenbach, T. et Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child behavior checklist and revised child behavior checklist.* Burlington: Université du Vermont.

Alessi, J. J. et Hearn, K. (1984). Group treatment of children in shelters for battered women. In A. R. Roberts (eds.). *Battered women and their families: Intervention, strategies and treatment programs*, New York: Springer Publishing Company Inc., p. 49-61.

Allen, B. (1991). *La violence conjugale et ses conséquences sur les enfants.* Santé et Bien-être social Canada.

Almqvist, K. et Brandell-Forsberg, M. (1995). *Iranian refugee children in Sweden: effects of organized violence and forced migration on preschool children.* American Journal of Orthopsychiatry 65: 225-237.

Aronowitz, M. (1984). *The social adjustment of immigrant children: A review of the literature.* International Migration review 18: 237-257.

Bagley, C. (1972). *Deviant behavior in English and West Indian schoolchildren.* Research in Education 8: 47-55.

Barakin, T., Konstantareas, M. M. et de Bosset, F. (1989). *Adaptation of recent Soviet Jewish immigrants and their children to Toronto.* Canadian Journal of Psychiatry 34: 512-518.

Beaudoin, G., Côté, I., Delisle, R., Gaboury, M.-C., Guénette, N. et Lessard, M. (1998). *L'intervention de groupe au service des enfants exposés à la violence conjugale.* Intervention 107: 19-32.

Beiser, M., Dion, R., Gotowiec, A., Hyman, I. et Vu, N. (1995). *Immigrant and refugee children in Canada.* Canadian Journal of Psychiatry 40: 67-72.

Bergeron, L. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des enfants et adolescents de 6 à 14 ans, 1992.* Volume 3, Variables associées aux troubles mentaux, 404 p.

Bergeron, L., Valla, J. P., Breton, J. J., Gaudet, N. et Berthiaume, C. (1993). *Factor analysis and reliability of parental behavior and attitudes questionnaire.* Présentation au 40ème congrès annuel de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, San Antonio, Texas.

Berman, P. S. (1993). *Impact of abusive marital relationships on children.* In M. Hansen et Harway, M. (Eds.), *Battering and family theory*, Sage Publications: Newburry Park, CA.

Berry, J. W., Kim, U., Minde, T. et Mok, D. (1987). *Comparative studies of acculturative stress.* International Migration Review 21: 491-511.

Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables.* John Wiley & Sons: Toronto.

Bouchard, C. et Desfossés, E. (1989). *Utilisation des comportements coercitifs envers les enfants: stress, conflits et manque de soutien dans la vie des mères.* Apprentisage et socialisation 12: 19-28.

Bourassa, C. et Turcotte, D. (1998). *Les expériences familiales et sociales des enfants exposés à la violence conjugale: des observations tirées de leurs propos.* Intervention 107: 7-18.

Bradley, S. et Sloman, L. (1975). *Elective mutism in immigrant families.* Journal of the American Academy of Child Psychiatry 14: 510-514.

Burke, A. (1980). *Family stress and the precipitation of psychiatric disorder: A comparative study among immigrant West Indian and native British patients in Burmingham.* International Journal of Social Psychiatry 26: 32-39.

Burman, B., John, R. S. et Margolin, G. (1987). *Effects of marital and parent child relations on children's adjustment.* Journal of Family Psychology 1: 91-108.

Burman, S. et Allen-Meares, P. (1994). *Neglected victims of murder: Children's witness to parental homicide.* Social Work 39: 28-34.

Carlson, B. E. (1984). Children's observations of interpersonal violence. In A. R. Roberts (eds.), *Battered women and their families: Intervention, strategies and treatment programs*, New York: Springer Publishing Company Inc., p. 147-167.

Carlson, B. E. (1990). *Adolescents observers of marital violence.* Journal of Family Violence 5: 285-299.

Chang, L., Morrissey, R. F. et Koplewicz, H. S. (1995). *Prevalence of psychiatric symptoms and their relation to adjustment among Chinese-American youth.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 34: 91-99.

Chénard, L. (1994). ... *et les enfants.* In M. Rinfret-Raynor et S. Cantin (eds.), *Violence conjugale: Recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal.* Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.

Chénard, L., Cadrin, H. et Loiselle, J. (1990). *État de santé des femmes et des enfants victimes de violence conjugale.* Rapport de recherche, Département de santé communautaire de Rimouski.

Christopoulos, C., Cohn, D. A., Shaw, D., Joyce, S. S., Sullivan-Hanson, J. Kraft, S. P. et Emery, R. E. (1987). *Chidren of abused women*: I. Adjustment at time of shelter residence. Journal of Marriage and the Family 49: 611-619.

Clarkson, M. (1994). *La violence familiale.* Une approche systématique. Collection Études et analyses. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale de la planification et de l'Évaluation. Québec. 83 p.

Clarkson, M. (1995). Dtimuumadsina. (*Et la santé, ça va*?). Méthodologie de l'enquête Santé Québec chez les Cris (1991). La construction de l'anthropologie québécoise. Mélandes offerts à Marc-Adélard Tremblay. Sous la direction de F. Trudel, P. Charest et I. Breton. Québec: Presse de l'Université Laval, pp. 211-277.

Cochrane, R. (1979). *Psychological and behavioral disturbance in West Indians, Indians and Pakistanis in Britain: A comparison of rates among children and adults.* British Journal of Psychiatry 134: 201-210.

Cooley, M. R., Turner, S. M. et Beidel, D. C. (1995). *Assessing community violence: The children's report of exposure to violence.* Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 34: 201-208.

Cooley-Quille, M. R. (1995). *Emotional impact of children's exposure to community violence: A preliminary study.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 34: 1362-1368.

Corin, E. Et Rousseau, C. (1997). *Sens et contexte dans l'étude des problèmes psychiatriques: à la recherche de nouveaux modèles.* Médecines/Sciences 4:527-533.

Cousineau, D. (1989). *Les communautés culturelles.* Les Publications du Québec. 54 p.

Crockford, M., Kent, G. et Stewart, N. (1993). *Play friendly and safe: A therapeutic group model for young children (5-8 years old) who have witnessed wife assault.* Journal of Child and Youth Care 8: 77-86.

Davis, K. E. (1988). *Interparental violence: the children as victims. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 11: 291-302.

Davis, L. V. et Carlson, B. E. (1987). *Observation of spouse abuse: What happens to the children?.* Journal of Interpersonal Violence 2: 278-291.

Davies, D. (1991). *Intervention with male toddlers who have witnessed parental violence. Families in Society:* The Journal of Contemporary Human Services 7: 515-524.

DeMan, A. F., Balkou, S. et Iglesias, R. (1987a). *Une version canadienne-française du questionnaire sur le support social.* Santé mentale au Québec 11: 199-202.

DeMan, A. F., Balkou, S. et Iglesias, R. (1987b). *Une version canadienne-française du sondage sur les expériences vécues.* Santé mentale au Québec 12: 181-183.

Earls, F. (1982) *Cultural and national differences in the epidemiology of behavior problems of preschool children.* Culture, Medicine and Psychiatry 6: 45-56.

Elmer, E. (1977). *A follow-up study of traumatized children.* Pediatrics 59: 273-279.

Emery, R. E. (1982). *Interparental conflict and the children of discord and divorce.* Psychological Bulletin 92: 310-330.

Emery, R. E. (1989). *Family violence.* American Psychologist 44: 321-328.

Ericksen, J. R. et Henderson, A. D. (1992). *Witnessing family violence: The children's experience.* Journal of Advanced Nursing 17: 1200-1209.

Eth, S. et Pynoos, R. S. (1984). *Children who witness the homicide of a parent. Psychiatry* 57: 287-306.

Fantuzzo, J. W. et Lindquist, C. U. (1989). *The effects of observing conjugal violence on children: A review and analysis of research methodology.* Journal of Family Violence 4: 77-94.

Fantuzzo, J. W., Depaola, I. M., Lambert, L., Martino, T., Anderson, G. et Sutton, S. (1991). *Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children.* Journal of Consulting and Clinical Psychology 59: 258-265.

Flaherty, J.A., Gaviria, M., Pathak, D., Mitchell, T., Wintrob, R., Richman, J.A. Et Birz, S. (1998). *Developing instruments for cross-cultural psychiatric research.* The journal of Nervous and Mental Disease 176: 257-263.

Forsstrom-Cohen, B. et Rosenbaum, A. (1985). *The effects of parental marital violence on young adults: an exploratory investigation.* Journal of Marriage and the Family 47: 467-472.

Fortin, A. et Chamberland, C. (1995). *A North american perspective on the psychological maltreatment of children.* Early Development and Parenting 4: 1-9.

Gaensbauer, T. (1996). *Developmental and therapeutic aspects of treating infants and toddlers who have witnessed violence.* Zero to Three 16: 15-20.

Gaetner-Harnach, V. (1981). *In educating immigrants.* Paper delivered to the 29th Congress of the German Psychological Association. J. Bhatnagar (eds.), London: Croom and Helm.

Gage, R. B. (1990). *Consequences of children's exposure to spouse abuse.* Pediatric Nursing 16: 258-260.

Garbarino, J. et Kostelny, K. (1996). *The effects of political violence on Palestinian children's behavior problems: a risk accumulation model.* Child Development 67: 33-45.

Garber, J., Zeman, J. et Walker, L. S. (1990). *Recurrent abdominal pain in children: psychiatric diagnoses and parental psychopathology.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 29: 648-656.

Garceau Durand, Y. (1990). *Intervention auprès des enfants exposés à la violence conjugale.* Centre local de services communautaires des Sept-Iles.

Gayford, J. J. (1975). *Battered wives.* Medicine, Science and the Law 15: 237-245.

Gendron, C. (1994). *Élaboration d'un questionnaire pour dépister les femmes victimes de violence conjugale.* Rinfret-Raynor et S. Cantin (eds)., *Violence conjugale: recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal,* Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur, p. 327-339.

Gentry, C. E. et Eaddy, V. B. (1982). *Treatment of children in spouse abusive families.* Victimology: An International Journal 5: 240-250.

Gleason, W. J. (1995). *Children of battered women: Developmental delays and behavioral dysfunction.* Violence and Victims 10: 153-160.

Goldberg, D. P. et Hillier, V. F. (1979). *A scaled version of the General Health Questionnaire.* Psychological Medicine 9: 139-145.

Graham, P. J. et Meadows, C. E. (1967). *Psychiatric disorder in the children of West Indian immigrants.* Journal of Child Psychology and Psychiatry 8: 105-116.

Graham-Bermann, S.A. (1998). *The impact of woman abuse on children's social development: Research and theoritical perspective.* G. W. Holden, R. Geffner et E. N. Jouriles (eds*), Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues*, Washington: American Psychological Association.

Grizenko, N. et Fisher, C. (1992). *Review of studies and protective factors for psychopathology in children.* Canadian Journal of Psychiatry 37: 711-721.

Grizenko, N. et Pawliuk, N. (1994). *Risk and protective factors for disruptive behavior disorders in children.* American Journal of Orthopsychiatry 64: 534-544.

Grusznski, R. J., Brink, J. C. et Edleson, J. L. (1988). *Support and education groups for children of battered women. Child Welfare* 57: 431-444.

Guberman, N. et Hum, Q. (1994). *Perspective ethnoculturelle et violence conjugale: La situation des femmes sino-québécoises.* M. Rinfret-Raynor et S. Cantin (ed.). *Violence conjugale: Recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal.* Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.

Gulette, L. C. (1988). *Children in maritally families: a look at family dynamics.* Youth and Society 1: 119-133.

Habimana, E. et coll. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative.* Boucherville, Québec : Gaëtan Morin Éditeur, 1999, XXXI, p.749.

Harper, J. et Williams, S. (1976). *Infantile autism: The incidence of national groups in a New South Wales survey.* Medical Journal of Australia 1: 299-301.

Harter, S. (1982). *The Perceived Competence Scale for Children.* Child Development 53: 87-97.

Henderson, A. (1990). *L'influence des enfants sur les décisions que prennent les mères victimes de violence.* Santé Mentale au Canada juin/septembre: 12-16.

Henderson, A. D. (1993). *Abused women's perceptions of their children's experiences.* Canada's Mental Health mars: 7-11.

Henning, K., Leitenberg, H., Coffey, P., Turner, T. et Bennett, R. T. (1996). *Long-term psychological and social impact of witnessing physical conflict between parents.* Journal of Interpersonal Violence 11: 35-51.

Hershorn, M. et Rosenbaum, A. (1985). *Children of marital violence: a closer look at the unintended victims.* American Journal of Orthopsychiatry 55: 260-266.

Hilberman, E. et Munson, K. (1977). *Sixty battered women.* Victimology: An International Journal 2: 460-470.

Hilton, N. Z. (1992). *Battered women's concerns about their children witnessing wife assault.* Journal of Interpersonal Violence 7: 77-86.

Hinchey, F. S. et Gavelek, J. R. (1982). *Empathic responding in children of battered mothers.* Child Abuse and Neglect 6: 395-401.

Holden, G. W., Geffner, R. et Jouriles, E. N. (1998). *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues.* American Psychological Association: Washington, DC.

Holden, G. W. et Ritchie, K. L. (1991). *Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: evidence from battered women.* Child Development 62: 311-327.

Hotaling, G. T. et Sugarman, D. B. (1986). *An analysis of risks markers in husband and wife violence: The current state of knowledge.* Violence and Victims 1: 101-124.

Hughes, H. M. (1982). *Brief interventions with children in a battered women's shelter: A model preventive program.* Family Relations 31: 495-502.

Hughes, H. M. (1988). *Psychological and behavioral correlates of family violence and child witnesses and victims. American Journal of Orthopsychiatry* 58: 77-90.

Hughes, H. M. et Barad, S. J. (1983). *Psychological functioning of children in a battered women's shelter: a preliminary investigation.* American Journal of Orthopsychiatry 53: 525-531.

Hughes, H. M., Parkinson, D. et Vargo, M. (1989*). Witnessing spouse abuse and experiencing physical abuse: a "double whammy"?* Journal of Family Violence 4: 197-209.

Humphreys, J. (1984). *Nursing care of abused children.* J. Campbell et J. Humphreys (eds.), *Nursing care of victims of family violence*, Reston, VA: Reston, p. 281-313.

Humphreys, J. (1991). *Children of battered women: worries about their mothers.* Pediatric Nursing 17: 342-345.

Humphreys, J. (1993). *Children of battered women.* Nursing care of victims of family violence, J. Campbell et J. Humphreys (Eds.) Reston, Virginie: Reston.

Hurley, D. J. et Jaffe, P. G. (1990). *Children's observations of violence:II. Clinical implications for children's mental health professionals.* Canadian Journal of Psychiatry 35: 471-476.

Jacobson, D. (1978). *The impact of marital separation/divorce on children: II. Interparent hostility and child adjustment.* Journal of Divorce 2: 3-19.

Jaffe, P. G., Hastings, E. et Reitzel, D. (1991). *Child witnesses of woman abuse: How can schools respond?.* Response 14: 12-15.

Jaffe, P. G., Hurley, D. J., Wolfe, D. (1990). *Children's observations of violence I: Critical issues in child development and intervention planning.* Canadian Journal of Psychiatry 35: 466-470.

Jaffe, P. G., Sudermann, M. et Reitzel, D. (1992). *Child witnesses of marital violence.* R. T. Ammermna et M. Hersen (eds.), *Assessment of family violence: clinical and legal source*, John Wiley & Sons, Inc.: New York, p. 313-329.

Jaffe, P., Wilson, S. K. et Wolfe, D. (1988). *Specific assessment and intervention strategies for children exposed to wife battering: preliminary empirical investigation.* Canadian Journal of Community Mental Health 7: 157-163.

Jaffe, P., Wilson, S. et Wolfe, D. A. (1989). *Stratégies visant à modifier et à faciliter la résolution de conflits chez les enfants victimes de violence dans la famille.* Division de la prévention de la violence familiale, Santé et bien-être social Canada.

Jaffe, P.,Wolfe, D. et Wilson, S. (1990). *Children of battered women.* Newbury Park: Sage Publications, Inc.

Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. et Zak, L. (1985). *Critical issues in the assessment of children's adjustment to witnessing family violence.* Canada's Mental Health 33: 15-19.

Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. K. et Zak, L. (1986a). *Family violence and child adjustment: a comparative analysis of girls' and boys' behavioral symptoms.* American Journal of Psychiatry 143: 74-77.

Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. K. et Zak, L. (1986b). *Similarities in behavioral and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence.* American Journal of Orthopsychiatry 56: 142-146.

Jaffe, P., Wolfe, D. A., Wilson, S. et Zak, L. (1986c). *Emotional and physical health problems of battered women.* Canadian Journal of Psychiatry 31: 625-629.

Jetté. M. et Chevalier, S. (1994). *Difficultés de mesure et d'adaptation culturelle dans l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Québec nordique.* Recherches sociographique 25: 575-608

Johnson, J. H. et McCutcheon, S. M. (1980). *Assessing life stress in older children and adolescents: Preliminary findings with the Life Events Checklist.* I. G. Sarason et C. D. Spieldberger (eds.), Stress and anxiety. Washington, DC: Hemisphere.

Jouriles, E. N., Barling, J. et O'Leary, K. D. (1987). *Predicting child behavior problems in maritally violent families.* Journal of Abnormal Child Psychology 15: 165-173.

Jouriles, E. N., Murphy, C. M. et O'Leary, K. D. (1989). *Interspousal agression, marital discord, and child problems.* Journal of Community and Clinical Psychology 57: 453-455.

Kallarackal, A. et Herbert, M. (1976). *The happiness of Indian immigrant children.* New Society 3: 422-424.

Kalmuss, D. (1984). *The intergenerational transmission of marital aggression.* Journal of Marriage and the Family 46: 11-19.

Kashani, J. H., Daniel, A. E., Dandoy, A. C. et Holcomb, W. R. (1992). *Family violence: Impact on children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31: 181-189.

Kérouac, S., Taggart, M.-É. et Lescop, J. (1986). *Portrait de la santé de femmes violentées et de leurs enfants.* Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Kolbo, J. R. (1996). *Risk and resilience among children exposed to family violence.* Violence and Victims 11: 113-128.

Kolbo, J. R., Blakely, E. H. et Engleman, D. (1996). *Children who witness domestic violence: A review of empirical literature.* Journal of Interpersonal Violence 11: 281-293.

Koranda, A. (1993). *Child witnesses of domestic violence.* Document interne, National Nursing Network on Violence Against Women, Orlando, FL, 12 p.

Kowal, A. et Pritchard, D. Psychological characteristics of children who suffer from headache: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 31: 637-649.

Krener, P. G. et Sabin, C. (1985). *Indochinese immigrant children: Problems in psychiatric diagnosis.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 24: 453-458.

Landis, T. (1989). *Children in shelters: An exploration of dissociative processes and traumatization in some children.* Unpublished doctoral dissertation. University of Colorado, Boulder.

Lasry, J. C., Kirmayer, L. J., Galbaud du Fort, G., Weinfeld, M. et Young, A. (1997). *Identité ethnoculturelle, acculturation et services de santé à Montréal.* Présentation effectuée au colloque "Pluriethnicité et services sociaux et de santé de première ligne", CLSC Côte-des-Neiges, 10 juin.

Laurin, M., Tremblay, P. H., Paradis, C. et Petersen, F. (1997). *"Quand ça gronde dans ma famille": Trousse de sensibilisation au dépistage des enfants témoins de violence conjugale.* Centre de communication en santé mentale de l'hôpital Rivière-des-Prairies (CECOM).

Lehman, P. (1997). *The development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in a sample of child witnesses to mother assault.* Journal of Family Violence 12: 241-257.

Leighton, B. (1989). *Spousal abuse in Metropolitan Toronto: Research report on the response of the criminal justice system.* Solicitor General of Canada, Ottawa (1989-02.)

Levine, M. B. (1975). *Interparental violence and its effect on the children: a study of 50 families in general practice.* Medicine, Science and the Law 15: 172-177.

Lewis, M. L. (1996). *Trauma reverberates: Psychosocial evaluation of the caregiving environment of young children exposed to violence and traumatic loss.* Zero to Three 16: 21-28.

Macksound, M. S. et Aber, J. L. (1996). *The war experiences and psychosocial development of children in Lebanon.* Child Development 67: 70-88.

Maldonado, M. G. (1998). *Brain, mind, medicine, and culture: a fruitful collaboration for science and education.* Henry R. Luce Professorship speech, Claremont, Californie, 7 avril.

Marangère, D., Champagne, L. et Poirier, P.-P. (1998). *Groupe pour enfants exposés à la violence conjugale.* Intervention 107: 68-70.

Martin, S. L., Gordon, T. E. et Kupersmidt, J. B. (1995). *Survey of exposure to violence among the children of migrant and seasonal farm workers.* Public Health Reports 110: 268-276.

Martinez, P. et Richters, J. E. (1993). *The NIMH community violence project: II. Children's distress symptoms associated with violence exposure.* Psychiatry 56: 22-35.

McAlister Groves, B., Zuckerman, B., Marans, S. et Cohen, D. J. (1993). *"Silent victims: Children who witness violence".* Journal of the American Medical Association 269: 262-264.

McAlister Groves, B. (1996). *Children without refuge: Young witnesses to domestic violence.* Zero to Three 16: 29-34.

MacLeod, L. (1980). *La femme battue au Canada: un cercle vicieux.* Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, Ottawa.

McCaughry, D. Et Cameron, S. (1994*). Validation d'un outil de dépistage de la violence conjugale.* M. Rinfret-Raynor et S. Cantin (eds). *Violence conjugale: recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal*, Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur, p. 311-325.

McCloskey, L. A., Figueredo, A. J. et Koss, M. P. (1995). *The effects of systematic family violence on children's mental health.* Child Development 66: 1239-1261.

McCloskey, L. A., Southwick, K., Fernandez-Esquer, M. E. et Locke, C. (1995*). The psychological effects of political and domestic violence on Central American and Mexican immigrant mothers and children.* Journal of Community Psychology 23: 95-116.

Ménard, S. (1998). *Les enfants témoins ou victimes de violence conjugale.* Défi Jeunesse 4: 7-10.

Miller, K. E. (1996). *The effects of state terrorism and exile on indigenous Guatemalan refugee children: a mental health assessment and an analysis of children's narratives.* Child Development 67: 89-106.

Minde, K. et Minde, R. (1976). *Children of immigrants: The adjustment of Ugandan Asian primary-school children in Canada.* Canadian Psychiatric Association Journal 21: 371-381.

Moore, J. G., Galcius, A. et Pettican, K. (1981). *Emotional risk to children caught in violent marital conflict - The Basildon Treatment Project.* Child Abuse and Neglect 5: 147-152.

Moore, T. E., Pepler, D., Mae, R. et Kates, M. (1989). *Child witnesses of family violence: New directions for research and intervention.* B. Pressman, G. Cameron et M. Rothery (eds.), *Intervening with assault women: Current theory, research and practice.* Hillsdale, N. J. Lawrence Erlbaum Assoc.

Moore, T., Pepler, D., Weinberg, B., Hammond, L., Waddell, J. et Weiser, L. (1992). *Recherches sur les enfants issus de familles violentes.* Division de la prévention de la violence familiale, Santé et bien-être social Canada.

Morgan, P. et Andrushko, E. (1977). *The use of diagnosis-specific rate of mental hospitalization to estimate underutilization by immigrants.* Social Science and Medicine 11: 611-618.

Morison, S. D. (1973). *Intermediate variables in the association between migration and mental illness.* International Journal of Social Psychiatry 19: 60-65.

Munroe-Blum, H., Boyle, M. H., Offord, D. R. et Kates, N. (1989). *Immigrant children: Psychiatric disorder, school performance, and service utilization.* American Journal of Orthopsychiatry 59: 510-519.

Naditch, M. P. et Morrissey, R. F. (1976). *Role stress, personality, and psychopathology in a group of immigrant adolescents.* Journal of Abnormal Psychology 85: 113-118.

Nicol, A. R. (1971). *Psychiatric disorder in the children of Carribean immigrants.* Journal of Child Psychology and Psychiatry 12: 273-287.

Offord, D. R. (1995). *The mental health of immigrant and refugee children.* Canadian Journal of Psychiatry 40: 57-58.

O'Keefe, M. (1994a). *Linking marital violence, mother-child/father-child aggression, and child behavior problems.* Journal of Family Violence 9: 63-79.

O'keefe, M. (1994b). *Adjustment of children from maritally violent homes.* Families in Society 25: 403-414.

Osborne, W. P. (1971). *Adjustment difference of selected foreign-born pupils.* California Journal of Educational Research 22: 131-139.

Osofsky, J. D., Wewers, S., Hann, D. M. et Fick, A. C. (1993). *Chronic community violence: What is happening to our children?.* Psychiatry 56: 36-45.

Osofsky, J. D. (1995). *The effects of exposure to violence on young children.* American Psychologist 50: 782-788.

Osofsky, J. D. (1996). *When the helper is hurting: Burnout and counter-transference issues in treatment of children exposed to violence.* Zero to Three 16: 35-38.

Pâquet-Deehy, A. (1995). *Victimisation et "revictimisation".* Le médecin du Québec 0ctobre: 35-41.

Pawliuk, N.. Grizenko, N., Chan-Yip, A., Gantous, P., Mathew, J. et Nguyen, D. (1996). *Acculturation style and psychological functioning in children of immigrants.* American Journal of Orthopsychiatry 66.

Pelcovitz, D. et Kaplan, S. J. (1994). *Child witnesses of violence between parents: psychosocial correlates and implications for treatment.* Child and Adolescent Psychiatric Clinics in North America 3: 745-758.

Peled, E. (1993). *Children who witness women battering: concerns and dilemnas in the construction of a social problem.* Children and Youth Services Review 15: 43-52.

Peled, E. et Edleson, J. L. (1992). *Multiple perspectives on groupwork with children of battered women.* Violence and Victims 7: 327-346.

Peled, E. et Edleson, J. L. (1995). *Process and outcome in small groups for children of battered women.* E.Peled, P. G. Jaffe et J. L. Edleson (eds.), *Ending the cycle of violence: Community responses to children of battered women.* London: Sage.

Pfouts, J. H., Schopler, J. H. et Henley, H. C. (1982). *Forgotten victims of family violence.* Social Work 27: 367-368.

Porter, B. et O'Leary, K. D. (1980). *Marital discord and childhood behavior problems.* Journal of Abnormal Child Psychology 8: 287-295.

Post, R. B., Willett, A. B., Franks, R. D., House, R. M. et Back, S. M. (1981). *Childhood exposure to violence among victims and perpetrators of spouse battering.* Victimology: An International Journal 6: 1-1.

Radford, J. L. (1987). *The impact of wife abuse on the witnessing children's interpersonal problem solving skills.* Mémoire de maîtrise, Faculté des études supérieures, Université Laurentienne, Sudbury, Ontario.

Ragg, D. M. et Webb, C. (1992). *Group treatment for the preschool child witness of spouse abuse.* Journal of Child and Youth Care 7: 1-19.

Randolph, M. K. et Conkle, L. K. (1993). *Behavioral and emotional characteristics of children who witness parental violence.* Family Violence and Sexual Assault Bulletin 9: 23-27.

Rhea, M. H., Chafey, K. H., Dohner, V. A. et Terragno, R. (1996). *The silent victims of domestic violence - Who will speak.* JCAPN 9: 7-15.

Richters, J. E. et Martinez, P. (1993). *The NIMH community violence project: I. Children as victims of and witnesses to violence.* Psychiatry 56: 7-21.

Rinfret-Raynor, M. et Cantin, S. (1994). *Violence Conjugale: Recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal.* Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur, 513 p.

Rodgers, K (1994a). *Résultats d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe.* Juristat 14: 1-22.

Rodgers, K (1994b). *La violence conjugale au Canada.* Tendances Sociales Canadiennes, Automne: 3-9.

Rodriguez, R. (1968). *Difficulties of adjustment in immigrant children in Geneva.* Médecine et Hygiène 845: 1-6.

Rogler, L. H., Cortes, D. E. et Malgady, R. G. (1991). *Acculturation and mental health status.* American Psychologist 46: 585-597.

Roseby, V. et Johnston, J. R. (1995). *Clinical interventions with latency-age children of high conflict and violence.* American Journal of Orthopsychiatry 65: 48-55.

Rosenbaum, A. et O'Leary, K. D. (1981). *Children: The unintended victims of marital violence.* American Journal of Orthopsychiatry 51: 692-699.

Rosenberg, M. S. (1984). *The impact of witnessing interparental violence on children's behavior, perceived competence, and social solving abilities.* Thèse de doctorat, Département de Psychologie, Université de Virginie.

Rosenberg, M. S. (1987). *Children of battered women: the effects of witnessing violence on their social problem-solving abilities.* The Behavior Therapist 4: 85-89.

Rosenberg, M. S. et Rossman, B. B. R. (1990). *The child witness to marital violence.* Ammerman et Hersen (eds.). Treatment of family violence. New York: John Wiley and Sons, Inc.

Rossman, B. B. (1994). *Children in violent families: Diagnostic and treatment considerations.* Family Violence and Sexual Assault Bulletin 10: 29-34.

Rounsaville, B et Weissman, M. M. (1977). *Battered women: A medical problem requiring detection.* International Journal of Psychiatry in Medicine 8: 191-202.

Rousseau, C., Corin, E. et Renaud, C. (1989). *Conflit armé et trauma: une étude clinique chez des enfants réfugiés latino-américains.* Canadian Journal of Psychiatry 34: 376-384.

Rutter, M., Yule, W., Berger, M. et Yule, B. (1974). *Children of West Indian immigrants: 1. Rates of behavioral deviance and of psychiatric disorder. Journal of Child Psychiatry* 15: 241-262.

Rutter, M. (1985). *Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder.* British Journal of Psychiatry 147: 598-611.

Sarason, I. G., Johnson, J. H. et Siegel, J. M. (1979). *Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey.* Series in Clinical and Community Psychiatry 6: 131-149.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. et Sarason, B. R. (1983). *Assessing social support: The Social Support Questionnaire.* Journal of Personality and Social Psychology 41: 127-139.

Scherrer, B. (1984). *Biostatistique.* Gaétan Morin Éditeur: Chicoutimi, Canada.

Shakoor, B. H. et Chalmers, D. (1991). *Co-victimization of African-American children who witness violence: Effects on cognitive, emotional, and behavioral development.* Journal of the National Medical Association 83: 233-238.

Silvern, L. et Kaersvang, L. (1989). *The traumatized children of violent marriages.* Child Welfare 57: 421-436.

Sopp-Gilson, S. (1980). *Enfants de foyers où règne la violence.* L'Association de l'Ontario des sociétés d'aide à l'enfance 23: 1-7.

Spaccarelli, S., Sandler, I. N. et Roosa, M. (1994). *History of spouse violence against mother: correlated risks and unique effects in child mental health.* Journal of Family Violence 9: 79-98.

Spanier, G. B. (1976). *Measuring dyadic adjustment: A new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads.* Journal of Marriage and the Family 38: 15-28.

Stagg, V., Wills, G. D. et Howell, M. (1989). *Psychopathology in early childhood witnesses of family violence.* Topics in Early Childhood Special Education 9: 73-87.

Steinhausen, H-C. (1985). *Psychiatric disorders in children and family dysfunction.* Social Psychiatry 20: 11-16.

Sternberg, K. J., Lamb, M. E. et Dawud-Noursi, S. (1998). *Using multiple informants to understand domestic violence and its effects.* G. W. Holden et coll. (Eds.), American Psychological Association: Washington, DC.

Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Greenbaum, C., Ciccheti, D., Dawud, S., Cortes, R. M., Krispin, O. et Lorey, F. (1993). *Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression.* Developmental Psychology 29: 44-52.

Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Greenbaum, C., Dawud, S., Cortes, R. M., Lorey, F. (1994). *The effects of domestic violence on children's perceptions of their perpetrating and nonperpetrating parents.* International Journal of Behavioral Development 17: 779-795.

Strauss, M. A. (1979). *Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics Scales.* Journal of Marriage and the Family 41: 75-88.

Strauss, M. A. et Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in America families: Risk factors and adaptation to violence in 8145 families.* New Jersey: Transaction Publishers.

Stuart, G. W., Klimidis, S., Minas, I. H. et Tuncer, C. (1993). *The factor structure of the Turkish version of the general health questionnaire.* The International Journal of Social Psychiatry 39: 274-284.

Suh, E. K. et Abel, E. M. (1990). *The impact of spousal violence on the abused.* Journal of the Independent Social Work 4: 27-34.

Takac, M. (1976). *Problems of immigrant children.* Gothenburg: City Council.

Taylor, L., Zuckerman, B., Harik, V. et McAlister Groves, B. (1994). *Witnessing violence by young children and their mothers.* Developmental and Behavioral Pediatrics 15: 120-123.

Thormaehlen, D. J. (1994). *Children: The secondary victims of domestic violence.* Maryland Medical Journal 43: 355-359.

Tomkins, A. J., Mohamed, S., Steinman, M., Macolini, R. M., Kenning, M. K. et Afrank, J. (1994). *The plight of children who witness woman battering: Psychological knowledge and policy implications.* Law and Psychology Review 18: 137-187.

Touliatos, J. et Lindholm, B. W. (1980). *Behavioral disturbance in children of native-born and immigrant parents.* Journal of Community Psychology 8: 28-33.

Tuakli-Williams, J. et Carrillo, J. (1995). *The impact of psychosocial stressors on African-American and Latino preschoolers.* Journal of the National Medical Association 87: 473-478.

Tutty, L. M. et Wagar, J. (1994). *The evolution of a group for young children who have witnessed family violence.* Social Work with Groups 17: 89-104.

Valla, J.-P. et Bergeron, L. (1994). *L'épidémiologie de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.* Paris: Presses Universitaires de France.

Valla, J.-P., Bergeron, L., Gaudet, N., Berthiaume, C., Saint-Georges, M., Daveluy, C., Tremblay, V., Lambert, J. et Lépine, S. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992. Rapport de synthèse.* Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

Valla, J. P., Bergeron, L., Bérubé, H. et Gaudet, N. (1994). *A structured pictorial question to assess DSM-III-R based diagnoses in children (6-11 years):* Development, validity and reliability. Journal of Abnormal Child Psychology 22: 403-423.

Wagar, J. M. et Rodway, M. R. (1995). *An evaluation of a group treatment approach for children who have witnessed wife abuse.* Journal of Family Violence 10: 295-306.

Walker, L. E. A. (1984). *The battered woman syndrome.* New York: Springer.

Weisz, J. R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Achenbach, T. M. et Walter, B. R. (1987). *Epidemiology of behavioral and emotional problems among Thai and American children: Parent reports for ages 6 to 11.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 26: 890-897.

Westra, B. et Martin, H. P. (1981). *Children of battered women.* Maternal-Child Nursing Journal 10: 41-54.

Wildin, S. R., Williamson, W. D. (1991). *Children of battered women: developmental and learning profiles.* Clinical Pediatrics 30: 299-304.

Wolfe, D. A. et Jaffe, P. (1991). *Child abuse and family violence as determinants of child psychopathology.* Canadian Journal of Behavioural Science 23: 282-299.

Wolfe, D. A. et Korsch, B. (1994). *Witnessing domestic violence during childhood and adolescence: implications for pediatric practice.* Pediatrics 9: 594-599.

Wolfe, D. A., Jaffe, P., Kaye, S. K. et Zak, L. (1985). *Children of battered women: the relation of child behavior to family violence and maternal stress.* Journal of Consulting and Clinical Psychology 53: 657-665.

Wolfe, D. A., Zak, L., Wilson, S., et Jaffe, P. (1986). *Child witnesses to violence between parents: critical issues in behavioral and social adjustment.* Journal of Abnormal Child Psychology 14: 95-104.

Yates, A. (1996). *When children witness domestic violence.* Hawaii Medical Journal 55: 162-163.

Yule, W., Berger, M., Rutter, M. et Yule, B. (1975). *Children of West Indian immigrants II. Intellectual performance and reading attainment.* Journal of Child Psychology and Psychiatry 16: 1-17.

Zahr, L. K. (1996). *Effects of war on the behavior of Lebanese preschool children: influence of home environment and family functioning.* American Journal of Orthopsychiatry 66: 401-408.

Zeanah, C. H. et Scheeringa, M. (1996). *Evaluation of posttraumatic symptomatology in infants and young children exposed to violence.* Zero to Three 16: 9-14.

Zuckerman, B., Augustyn, M., McAlister Groves, B. et Parker, S. (1995). *Silent victims revisited: The special case of domestic violence.* Pediatrics 96: 511-513.