

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Département de psychoéducation

**Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique
vécue pendant l'enfance**

par
Eve-Marie Bouchard

Mémoire présenté dans le cadre du
Programme de Maîtrise en psychoéducation
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès Sciences (M.Sc.)

Octobre 2007
© Eve-Marie Bouchard, 2007

V-720



Library and
Archives Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-37842-7
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-37842-7

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Département de psychoéducation

**Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique
vécue pendant l'enfance**

Eve-Marie Bouchard

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes

<u>Marc Tourigny</u> (prénom et nom de la personne)	Directeur de recherche
<u>Myriam Laventure</u> (prénom et nom de la personne)	Autre membre du jury
<u>Pierrette Verlann</u> (prénom et nom de la personne)	Autre membre du jury

Mémoire par article accepté le 14 août 2007

RÉSUMÉ

L'étude vise à 1) déterminer l'apport spécifique de chaque forme de violence (sexuelle, physique et psychologique) vécue pendant l'enfance dans le développement de séquelles à l'âge adulte (détresse psychologique, stress post-traumatique et santé physique), et 2) déterminer le rôle de la cooccurrence. Une enquête téléphonique spécifique a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 804 adultes québécois. Les résultats démontrent qu'une détresse psychologique élevée des hommes est associée à la violence sexuelle et physique vécue dans l'enfance. La détresse psychologique des femmes est associée au fait d'avoir vécu de la violence conjugale et de la violence physique et psychologique dans l'enfance. Seuls la violence conjugale et le fait d'avoir vécu dans l'enfance de la violence sexuelle et psychologique sont associés à un score de stress post-traumatique élevé des répondant(s). Enfin, la violence sexuelle et physique dans l'enfance augmentent les problèmes de santé physique chez les hommes. Chez les femmes, aucune violence n'est significativement associée.

SOMMAIRE

La cooccurrence des mauvais traitements vécus pendant l'enfance n'est pas un phénomène rare. Une proportion importante d'enfants, connus ou non des services de protection de la jeunesse, ont vécu plus d'une forme de mauvais traitements. Toutefois, peu d'études se sont penchées sur les conséquences à long terme de la cooccurrence. La littérature scientifique présente des limites méthodologiques importantes, notamment le fait que la plupart des études n'explorent simultanément que deux formes de mauvais traitements, utilisent des échantillons non représentatifs et n'effectuent pas d'analyses multivariées.

Dans ce contexte, la présente étude vise à déterminer l'apport spécifique de chaque forme de violence vécue pendant l'enfance (sexuelle, physique et psychologique) dans le développement des séquelles à l'âge adulte. De plus, elle a pour objectif de déterminer le rôle qu'a la cooccurrence sur ces conséquences et ce, en comparant les hommes et les femmes

Pour ce faire, une enquête téléphonique spécifique a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 804 adultes québécois. Pour pallier les limites méthodologiques de la majorité des études s'intéressant au phénomène, les ménages ont été sélectionnés aléatoirement parmi les abonnés du téléphone et l'échantillon a été pondéré en fonction des données du recensement du Québec de 2001 afin d'assurer sa représentativité. Certaines variables sociodémographiques, les violences vécues pendant l'enfance (sexuelle, physique et psychologique) et la violence conjugale ont été mesurées afin d'étudier leur association avec la détresse psychologique, le stress post-traumatique et la santé physique des répondants.

Les résultats des analyses de régressions multiples par blocs hiérarchiques démontrent qu'une détresse psychologique élevée chez les hommes est associée à un âge moins élevé, à un faible niveau de scolarité et au fait d'avoir vécu de la violence sexuelle et physique dans l'enfance. La détresse psychologique des femmes est associée à un âge moins élevé, au fait d'avoir vécu de la violence conjugale et de la violence physique et psychologique dans l'enfance. Seul le fait d'avoir vécu de la violence conjugale et d'avoir vécu dans l'enfance de la violence sexuelle et psychologique est associé à un score de stress post-traumatique élevé des hommes et des femmes. Enfin, la présence d'un faible niveau de scolarité et de violence sexuelle et physique dans l'enfance augmente les problèmes de santé physique chez les hommes. Chez les femmes, seul un faible niveau de scolarité en est associé.

Cette étude a permis de relever un effet cumulatif associé à la cooccurrence des différentes formes de mauvais traitements vécus à l'enfance, soulignant ainsi l'importance de considérer le phénomène dans l'élaboration et l'implantation de programmes d'intervention préventifs ou curatifs. L'étude a également permis de démontrer la pertinence de réserver de ces services pour les hommes pour qui la violence vécue à l'enfance est davantage associée aux différentes conséquences évaluées.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	8
LES REMERCIEMENTS	9
AVANT-PROPOS	10
LE CORPS DU MÉMOIRE PAR ARTICLE	12
1. ABSTRACT	14
2. RÉSUMÉ	15
3. INTRODUCTION	18
4. MÉTHODOLOGIE	24
4.1 Procédures	24
4.2 Échantillon	25
4.3 Mesures	26
4.3.1 Variables indépendantes	29
4.3.1.1 Violence sexuelle vécue dans l'enfance	29
4.3.1.2 Violence psychologique vécue dans l'enfance	29
4.3.1.3 Violence physique vécue dans l'enfance	30
4.3.1.4 Violence conjugale vécue à l'âge adulte	30
4.3.2 Variables dépendantes	33
4.3.2.1 Détresse psychologique	33
4.3.2.2 Symptômes de stress post-traumatique	33
4.3.2.3 Santé physique	34
4.4 Analyses statistiques	34
5. RÉSULTATS	35
5.1 Détresse psychologiques des répondants	35
5.2 Stress post-traumatiques des répondants	35
5.3 Santé physique des répondants	36

6.	DISCUSSION.....	40
6.1	Forces et limites méthodologiques.....	44
6.2	Recommandations et implications cliniques.....	46
7.	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	48
	ANNEXE A- NORMES DE PRÉSENTATION DE LA REVUE CIBLÉE.....	56

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques de l'échantillon avant et après pondération	27
Tableau 2	Définition des formes de violence vécues dans l'enfance.....	31
Tableau 3	Facteurs associés aux diverses séquelles à l'âge adulte : résultats des analyses de régression par blocs hiérarchiques.....	37

LES REMERCIEMENTS

L'auteure principale tient à remercier Monsieur Marc Tourigny, Ph. D. et directeur de recherche, pour son soutien, son expertise et ses commentaires constructifs lors de la rédaction de l'article. Merci également aux co-auteurs; Jacques Joly, Ph.D., Martine Hébert, Ph. D., et Mireille Cyr, Ph.D., pour leur ouverture et leur travail dans le projet.

AVANT-PROPOS

L'article qui suit, intitulé « Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance », s'inscrit dans le cadre du programme de Maîtrise en psychoéducation, avec cheminement de type recherche, en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.) de Eve-Marie Bouchard, première auteure. L'article a été coécrit en collaboration avec M. Marc Tourigny, Ph.D., professeur au département de psychoéducateur de l'Université de Sherbrooke et titulaire de la Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants, ainsi qu'avec M. Jacques Joly, Ph.D., également professeur au département de psychoéducateur de l'Université de Sherbrooke. Mme Martine Hébert, Ph.D., professeur au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal et Mme Mireille Cyr, Ph.D., professeur au département de psychologie de l'Université de Montréal agissent également à titre de co-auteurs de l'article. .

La rédaction de l'article a été assurée dans son intégralité par Eve-Marie Bouchard, sous la supervision de M. Tourigny et avec relecture de l'ensemble des co-auteurs. L'élaboration du devis de recherche a été réalisée par M. Tourigny, Mme Hébert et Mme Cyr. La collecte de données s'est effectuée en 2006 avec la participation de M. Joly, dans le cadre des travaux de M. Tourigny, Mme Hébert et Mme Cyr pour la Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent sur les

agressions sexuelles envers les enfants. Enfin, M. Joly a contribué de façon notoire à l'étude par son expertise en réalisant, avec l'auteure principale, les analyses statistiques des résultats.

L'article ci-joint porte sur les conséquences à l'âge adulte de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance et se penche sur le phénomène de la cooccurrence de ces différentes formes de mauvais traitements. L'étude a cherché à évaluer l'impact de la victimisation unique et multiple sur le développement de séquelles à long terme auprès d'une population représentative d'adultes québécois. Elle se veut être un apport tangible aux connaissances scientifiques existantes sur le sujet.

Selon les règles institutionnelles sur les mémoires par article, le formulaire *Autorisation d'intégration d'un article écrit en collaboration à un mémoire* fut complété et joint en annexe B.

La revue ciblée pour la publication de l'article est la *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Le périodique assurera l'évaluation du manuscrit grâce à un comité de pairs. L'article a été soumis et est actuellement en attente d'évaluation. Les normes de publication de la revue sont présentées à l'annexe A.

Enfin, des modifications ont été apportées au mémoire suite aux recommandations des membres du jury. Ces dernières n'engagent que la responsabilité de Mme Bouchard.

LE CORPS DU MÉMOIRE PAR ARTICLE

1. ABSTRACT

Background : The co-occurrence of victimization experience is not a rare phenomenon. However, few studies have explored the long term of consequences of such experiences. Empirical studies present important methodological limits namely the fact that few studies have documented more than two forms of victimization, rely on non-representative samples and have used multivariable analyses. The present study aims to evaluate the specific contribution of each form of victimization (sexual, physical and psychological) on the outcomes in adulthood. Moreover the study explores the role of co-occurrence on these symptoms.

Methods : A phone survey was conducted with a representative sample of 804 adults from the province of Quebec. Households were randomly selected among those having the telephone. Sociodemographic variables, victimization experiences (sexual, physical and psychological) and partner violence were evaluated to explore their links with psychological distress, post-traumatic stress symptoms and physical health of participants.

Results : Higher psychological distress in men is associated with younger age, lower education level and having experienced sexual and physical violence in childhood. For women, psychological distress is linked to younger age, having experienced partner violence and childhood physical and psychological violence. Only experiencing partner violence and childhood sexual and psychological victimization are linked to greater post-traumatic stress symptoms in men and women. Finally, lower education level and

childhood sexual and physical victimization increases physical health problems for men, while for women, only lower education level contributes to the prediction.

Conclusion : The results of this study show that experiencing more than one form of childhood victimization increases the negative outcomes in adulthood, underlying the relevance of considering the phenomenon of co-occurring victimization in the elaboration and dissemination of intervention programs.

Keywords : Child Abuse. Comorbidity. Psychology. Child Abuse, Sexual. Domestic Violence.

2. RÉSUMÉ

Position du problème : La cooccurrence des mauvais traitements vécus pendant l'enfance n'est pas rare. Toutefois, peu d'études se sont penchées sur les conséquences à long terme du phénomène. La littérature scientifique présente des limites méthodologiques importantes, notamment le fait que la plupart des études n'explorent simultanément que deux formes de mauvais traitements, utilisent des échantillons non représentatifs et n'effectuent pas d'analyses multivariées. Dans ce contexte, la présente étude vise à déterminer l'apport spécifique de chaque forme de violence vécue pendant l'enfance

(sexuelle, physique et psychologique) dans le développement des séquelles à l'âge adulte. De plus, elle a pour objectif de déterminer le rôle qu'a la cooccurrence sur ces conséquences.

Méthodes : Une enquête téléphonique spécifique a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 804 adultes québécois. Les ménages ont été sélectionnés aléatoirement parmi les abonnés du téléphone. Certaines variables sociodémographiques, les violences vécues pendant l'enfance (sexuelle, physique et psychologique) et la violence conjugale ont été mesurées afin d'étudier leur association avec la détresse psychologique, le stress post-traumatique et la santé physique des répondants.

Résultats : Une détresse psychologique élevée chez les hommes est associée à un âge peu élevé, à un faible niveau de scolarité et au fait d'avoir vécu de la violence sexuelle et physique dans l'enfance. La détresse psychologique des femmes est associée à un âge peu élevé, au fait d'avoir vécu de la violence conjugale et de la violence physique et psychologique dans l'enfance. Seul le fait d'avoir vécu de la violence conjugale et d'avoir vécu dans l'enfance de la violence sexuelle et psychologique est associé à un score de stress post-traumatique élevé des hommes et des femmes. Enfin, la présence d'un faible niveau de scolarité et de violence sexuelle et physique dans l'enfance augmente les problèmes de santé physique chez les hommes. Chez les femmes, seul un faible niveau de scolarité en est associé.

Conclusion : Cette étude a permis de démontrer que le fait de vivre plus d'une forme de maltraitance pendant l'enfance augmente les séquelles à l'âge adulte, soulignant ainsi l'importance de considérer le phénomène dans l'élaboration et l'implantation de programmes d'intervention.

Mots clés : Enfant maltraité. Morbidité associée. Psychologie. Sévices sexuels chez l'enfant. Violence familiale.

3. INTRODUCTION

Les mauvais traitements commis à l'égard des enfants sont un problème social et de santé publique important. En effet, au cours des dernières décennies, les travaux de recherche ont suggéré presque unanimement que les diverses formes de mauvais traitements subies pendant l'enfance affectent les victimes jusqu'à l'âge adulte. Ainsi, des études ont démontré que la violence sexuelle, physique ou psychologique, ou encore, la négligence, est associée à des symptômes d'anxiété, de dépression ainsi qu'à de la dissociation, à une faible estime de soi, à une mauvaise perception de sa santé physique et à des problèmes de santé divers [1-8]. Les symptômes de stress post-traumatique et les troubles du sommeil ont également été identifiés comme des conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique ou psychologique [2-4]. Bagley, Wood et Young ont aussi démontré que les idées et les gestes suicidaires sont corrélés avec la victimisation sexuelle ou psychologique pendant l'enfance [2]. Enfin, Thompson, Arias, Basile et Desai ont pour leur part conclu que l'abus de substances et les problèmes chroniques de santé mentale peuvent être en partie expliqués par les agressions sexuelles ou physiques vécues pendant l'enfance [9].

Les coûts sociaux de la maltraitance envers les enfants sont importants. En effet, selon Miller, Cohen et Wiersema, environ 23 milliards de dollars sont dépensés annuellement aux États-Unis seulement pour les victimes de violence sexuelle durant leur enfance [10]. Ces montants importants associés aux mauvais traitements sont imputés à la société de différentes façons. Ainsi, ces coûts impliquent les soins médicaux et

psychologiques aux victimes, les services gouvernementaux, tels que le système de justice et de la protection de la jeunesse, en plus des pertes de revenus et de productivité liées au fonctionnement altéré des victimes sur le marché du travail [11].

Si la proportion d'enfants ayant vécu au moins une forme de mauvais traitements est importante, soit environ 36% des enfants selon des estimés jugés conservateurs [12], le fait pour un enfant de vivre plus d'une forme de violence n'est également pas un phénomène rare. En effet, une recension des études de prévalence réalisées auprès d'échantillons représentatifs de diverses populations générales montrent que 13% à 43% des répondants adultes rapportent avoir vécu deux formes ou plus de maltraitance [4]. De même, dans une des rares études rétrospectives évaluant cinq formes de mauvais traitements (violence sexuelle, physique et psychologique, négligence et être témoin de violence conjugale), Higgins et McCabe démontrent que 43% des répondants adultes issus d'une population générale rapportent avoir vécu au moins deux formes de mauvais traitements durant leur enfance [13]. Pour sa part, une étude québécoise sur la prévalence et la cooccurrence de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance menée auprès d'un échantillon représentatif d'adultes québécois démontrent que 13% des répondants rapportent avoir vécu au moins deux formes de violence [12].

Les études réalisées auprès d'enfants qui sont connus des services de la protection de l'enfance démontrent également qu'une proportion importante d'enfants vit plus d'une forme de mauvais traitements. Par exemple, une étude d'incidence canadienne réalisée en 2001 auprès de la clientèle de la protection de la jeunesse rapporte que 24% des enquêtes

menées par les organismes de protection de l'enfance impliquent plus d'une forme de mauvais traitements [14]. Dans le même ordre d'idées, une étude québécoise similaire réalisée sur 10 000 signalements faits à la protection de la jeunesse permet de constater que 21% des enfants dont le signalement est fondé ont vécu plus d'une forme de mauvais traitements [15]. La cooccurrence des différentes formes de mauvais traitements semble donc être fréquente, tant au sein des populations non cliniques qu'auprès des populations cliniques d'enfants maltraités. Cela dit, ce dernier type d'études ne permet pas d'avoir un portrait juste du phénomène de la cooccurrence des mauvais traitements, puisque la majorité des situations de maltraitance envers les enfants ne seraient pas connues des services de protection de l'enfance [16].

Bien que l'ampleur de la cooccurrence soit de plus en plus étudiée, les travaux de recherche ont encore tendance à porter sur une forme spécifique de maltraitance à la fois. De plus, le phénomène de la cooccurrence a encore été très peu étudié sous l'angle des conséquences à long terme et, comme le soulignent Arata, Langhinrichesen-Rohling, Bowers et O'Farrill, les études antérieures sur les effets des mauvais traitements ont majoritairement échoué dans la prise en considération du phénomène de la cooccurrence [17]. En effet, en 2001, Higgins et McCabe ont mené une recension des écrits scientifiques portant sur l'ampleur et les séquelles de la cooccurrence des mauvais traitements envers les enfants. Ils n'ont pu identifier que 29 études rétrospectives où plus d'une forme de mauvais traitements était considérée [4]. Seulement douze de ces études ont évalué les conséquences à long terme auprès des répondants ayant vécu plus d'une forme de maltraitance et de ce nombre, il n'y en a que quatre qui ont utilisé un échantillon populationnel, favorisant ainsi

la généralisation de leurs résultats. Par ailleurs, la méthodologie divergente des études recensées, notamment les différentes définitions des mauvais traitements employés ainsi que les divers instruments de mesure et types d'analyses statistiques, permet difficilement la comparaison des résultats et la production de constats généraux [4]. Depuis cette recension des écrits datant de 2001, peu d'études se sont intéressées au phénomène. De ce fait, les connaissances ont été peu développées relativement aux problèmes d'ajustement vécus par les adultes rapportant avoir été victimes de plus d'une forme de mauvais traitements.

De manière générale, il a été démontré que la présence de plus d'une forme de mauvais traitements entraîne des conséquences à long terme et semble être plus traumatisante et associée à plus de problèmes d'ajustement que les formes de mauvais traitements uniques [4,5,13,18]. Certains chercheurs, tels que Fox et Gilbert, ont émis l'hypothèse que le nombre de traumatismes vécus pendant l'enfance (dont les mauvais traitements) est associé positivement au degré de séquelles présentées à l'âge adulte [19]. De plus, selon une étude menée auprès de plus de 1400 élèves du secondaire, les adolescents qui rapportent avoir vécu plus d'une forme de mauvais traitements seraient plus symptomatiques que ceux n'en ayant pas vécu ou ayant vécu une seule forme de maltraitance [20]. Ces résultats viennent appuyer ceux d'Higgins et de McCabe qui suggèrent, eux aussi, un effet cumulatif [4].

Dans un autre ordre d'idées, Brière et Elliott soulignent l'importance de tenir compte de la victimisation à l'âge adulte dans l'étude des effets des mauvais traitements

vécus pendant l'enfance puisque selon eux, les conséquences à long terme présentées pourraient aussi être attribuables à cette victimisation plus récente [3]. En effet, plusieurs études ont démontré une association entre le fait d'avoir vécu des mauvais traitements pendant l'enfance et être victime de violence conjugale à l'âge adulte [21-24]. Par exemple, les femmes rapportant avoir vécu de la violence physique ou avoir été témoin de violence conjugale durant l'enfance sont de quatre à six fois plus à risques d'être victime de violence conjugale [23]. Il y a donc de fortes probabilités que les individus rapportant avoir vécu de la violence pendant l'enfance vivent également de la violence à l'âge adulte. De ce fait, il est difficile de juger de l'impact réel d'une forme de victimisation vécue pendant l'enfance lorsque la violence conjugale n'est pas évaluée.

D'autre part, il est également intéressant de soulever le peu de considération de la variable du genre dans la littérature scientifique portant sur les conséquences à l'âge adulte des mauvais traitements uniques et multiples. En effet, seule l'étude de Briere et Elliott a tenté de déterminer s'il existait une différence significative entre hommes et femmes sur le développement de séquelles à l'âge adulte [3]. Autrement, la variable est habituellement exploitée sous l'angle des taux de prévalence [25], est impossible à évaluer compte tenu d'un échantillon exclusif de femmes ou d'hommes [1,2,9] ou est tout simplement négligée [13,26]. Pourtant, il semble important de savoir si les hommes et les femmes réagissent de la même façon aux violences vécues pendant l'enfance pour ainsi mieux définir les services qui leur sont destinés.

Les études existantes portant sur les conséquences de la cooccurrence des mauvais traitements vécus pendant l'enfance présentent certaines limites méthodologiques. Une première limite concerne le fait que peu de ces études explorent plus de deux formes de mauvais traitements simultanément [4]. Il est de ce fait difficile de constater les effets réels du phénomène puisqu'il n'est pas étudié dans son ensemble. Une seconde limite a trait au fait que plusieurs des études utilisent des échantillons cliniques ou des échantillons de convenance. Tel que le soulignent Briere et Elliott, de même que Higgins et McCabe, ces échantillons ne donnent pas un portrait précis de la réalité, limitant ainsi la généralisation des résultats [3,4]. Une troisième limite est la difficulté d'obtenir un échantillon suffisamment grand pour examiner les conséquences de certaines combinaisons de mauvais traitements qui présentent une prévalence moins élevée [27]. Il devient alors difficile d'obtenir une puissance statistique suffisante. Enfin, une dernière limite concerne le fait que certains facteurs externes, tels que les variables sociodémographiques ainsi que la violence conjugale, ne sont pas considérés ou contrôlés lors des analyses statistiques. Cela ne permet pas de déterminer clairement les effets de la maltraitance et ceux de ces facteurs externes [3]. Par ailleurs, les analyses statistiques menées permettent rarement de déterminer l'apport spécifique de chaque forme de mauvais traitements ou de chaque combinaison de ces différentes formes dans le développement de séquelles à l'âge adulte.

Dans ce contexte de connaissances, la présente étude vise à déterminer les conséquences psychologiques et physiques à l'âge adulte de trois formes de violence subies pendant l'enfance, soit la violence sexuelle, physique et psychologique et ce, en comparant les hommes et les femmes. Pour favoriser la généralisation des résultats de l'étude, des

efforts ont été déployés spécifiquement pour assurer l'utilisation d'un échantillon représentatif d'adultes québécois. De plus, le questionnaire comprend des instruments de mesures qui présentent de bonnes propriétés psychométriques et qui ont démontré leur efficacité dans différentes études antérieures. Enfin, les analyses statistiques multivariées ont permis le contrôle de certaines variables externes et de démontrer l'apport spécifique de chaque forme et combinaison de mauvais traitements.

4. METHODOLOGIE

4.1 Procédures

Les données ont été recueillies lors d'une enquête téléphonique spécifique réalisée entre le 13 avril et le 14 mai 2006, auprès d'un échantillon de 1002 adultes résidant au Québec (Canada). La sélection de ces répondants s'est effectuée en deux étapes. D'abord, les ménages ont été sélectionnés aléatoirement parmi les abonnés du téléphone au Québec à l'aide d'une technique de génération aléatoire de numéros de téléphone ("*random digit dialing*"). Une grille de sélection aléatoire a ensuite été utilisée pour choisir les répondants à l'intérieur de chaque ménage parmi les personnes âgées de 18 ans et plus qui étaient aptes à répondre en anglais ou en français. Si plus d'une personne répondaient à ces critères dans un même ménage, celle dont l'anniversaire de naissance était le plus proche de la date d'entrevue était sélectionnée. Aucune substitution du répondant n'était autorisée. Par ailleurs, en 2006, 86,4% des ménages québécois avaient un équipement téléphonique fixe.

Ce pourcentage laisse croire que l'échantillon généré par la liste des abonnés du téléphone a permis d'inclure la majorité des individus de la province [28].

Le taux de réponse total de l'enquête est de 28% et tient compte de différentes variables contextuelles. Ce taux a été calculé en fonction des personnes ayant refusé de participer (n=1909), des entrevues incomplètes (n=27), des ménages sélectionnés mais non rejoints après cinq appels à des heures et jours différents (n=318), des problèmes de communication (n=102) et de l'impossibilité d'effectuer l'entrevue auprès de la personne sélectionnée avant la fin de la collecte de données (n=209).

Le consentement verbal des répondants a été obtenu lors de l'entrevue téléphonique et l'engagement à la confidentialité a été présenté. L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke. De plus, chaque interviewer a reçu une formation spécifique sur les objectifs de l'étude et le sens des questions et réponses et ce, dans le but d'assurer une collecte de données efficace et uniforme. Enfin, une écoute systématique d'environ 10% des entrevues a été réalisée tout au long de l'enquête afin de vérifier la qualité des contacts téléphoniques.

4.2 Échantillon

Les caractéristiques de l'échantillon de 1002 répondants ont été comparées à celles du recensement de 2001 au Québec chez les 18 ans et plus. Ces données ont été pondérées en fonction de la région, de l'âge et du genre des répondants. Une correction pour l'effet de plan a également été appliquée. L'effet de plan équivaut à $1 / (1 + \text{variance des coefficients})$

de pondération) soit 0,81 (ou 1/1,24) dans le présent cas. Ainsi, suite à cette correction, l'échantillon de 1002 répondants est équivalent à un échantillon final de 804 répondants (hommes : 48,9%, femmes : 51,1%). Ces 804 répondants sont donc représentatifs de la population du Québec de 2001 selon la région, l'âge et le genre [29]. Le tableau 1 décrit l'échantillon avant et après la pondération et la correction pour l'effet de plan. Ces procédures ont pour effet de rendre similaires les caractéristiques de l'échantillon à celles de la population et d'éviter de surestimer la précision statistique en sous-estimant l'effet de la pondération sur la variance des variables étudiées.

4.3 Mesures

Les données sociodémographiques des répondants ont été collectées à la fin de l'entrevue afin de dresser leur profil selon leur genre, leur âge, leur région géographique, ainsi que leur niveau de scolarité. Ces variables ont été mesurées à partir d'items tirés du questionnaire de l'enquête sur la prévalence des mauvais traitements réalisée par Tourigny, Gagné, Joly et Chartrand [12]. Outre ces questions sociodémographiques et sur la victimisation conjugale, 38 questions (françaises et anglaises) ont permis de documenter les expériences de violence vécues dans l'enfance des répondants (voir tableau 2), ainsi que certaines conséquences possibles de cette victimisation (détresse psychologique, symptômes de stress post-traumatique et santé physique).

TABLEAU 1

Caractéristiques de l'échantillon avant et après pondération

Caractéristiques	Échantillon non pondéré	Échantillon pondéré et corrigé
	n = 1002 (%)	pour effet de plan n = 804 (%)
Région		
Île de Montréal	18,5	23,2
Montréal Reste RMR	20,4	24,5
Québec RMR	12,2	10,2
Reste du Québec	49,0	42,1
Âge		
18-24	8,9	11,3
25-34	17,4	17,0
35-44	24,2	19,5
45-54	20,5	20,0
55-64	15,8	15,0
65 et +	13,3	17,1

Genre		
Masculin	35,9	48,9
Féminin	64,1	51,1

Revenu annuel		
- de 20 000\$	14,7	15,3
20 000\$ – 39 999 \$	22,3	25,5
40 000\$ - 59 999 \$	18,2	17,6
60 000\$ - 79 999 \$	13,4	12,9
80 000 \$ et +	19,0	20,2
Refus	12,6	11,5

Scolarité		
Primaire	6,4	7,5
Secondaire	33,5	33,0
Collégial	28,7	28,1
Université	31,0	31,0
Refus	0,3	0,4

4.3.1 *Variables indépendantes*

4.3.1.1 Violence sexuelle vécue dans l'enfance

Comme l'indique le tableau 2, deux items mesuraient la victimisation sexuelle dans l'enfance des participants et participantes. Les questions portaient sur le fait d'avoir été forcé d'avoir une relation sexuelle complète ainsi que sur les attouchements sexuels vécus avant l'âge de 18 ans. Ces items sont tirés d'une enquête américaine similaire qui avait été menée par Finkelhor, Hotaling, Lewis et Smith et permettent de créer une variable dichotomique [30]. La présence de violence sexuelle dans l'enfance des répondants était déterminée par une réponse positive à l'une ou l'autre des questions.

4.3.1.2 Violence psychologique vécue dans l'enfance

La violence psychologique vécue dans l'enfance a été mesurée à l'aide de deux items tirés de l'enquête de Santé Québec réalisée en 1999 [31]. Les deux questions évaluaient la présence de violence psychologique directe, soit celle dirigée vers l'enfant, et de la violence indirecte, soit le fait d'avoir été témoin de violence conjugale dans sa famille. Le répondant devait répondre à partir d'une échelle de type Lykert en quatre points, allant de « jamais » à « très souvent ». La violence psychologique directe est définie comme le fait d'avoir été menacé, humilié ou ridiculisé « souvent » ou « très souvent » dans l'enfance. La violence psychologique indirecte est définie quant à elle comme le fait d'avoir vu au moins « rarement » de la violence physique conjugale entre ses parents. La présence de violence psychologique dans l'enfance des répondants était déterminée par la présence ou l'absence de violence psychologique directe ou indirecte. Une variable dichotomique a été ainsi créée (voir Tableau 2 pour la description détaillée des questions).

4.3.1.3 Violence physique vécue dans l'enfance

La violence physique vécue dans l'enfance a été mesurée à l'aide de deux items tirés eux aussi de l'enquête de Santé Québec réalisée en 1999 [31]. Les répondants devaient répondre à l'aide de l'échelle de type Lykert sur la fréquence des événements. Les deux questions évaluaient la présence de violence physique mineure, soit relativement à la fessée, et de la violence sévère. Ces deux items formaient une variable dichotomique. La violence physique mineure est définie comme le fait d'avoir reçu la fessée « souvent » ou « très souvent » dans l'enfance. La violence physique sévère est définie quant à elle comme le fait d'avoir été frappé plus durement qu'une fessée au moins « rarement ». La présence de violence physique dans l'enfance des répondants était déterminée par la présence de violence physique mineure ou sévère (voir Tableau 2 pour la description détaillée des questions).

4.3.1.4 Violence conjugale vécue à l'âge adulte

Pour tous les répondants rapportant avoir un conjoint ou une conjointe au moment de l'enquête ou au cours des douze derniers mois, deux questions portant sur la violence conjugale étaient ajoutées au questionnaire. Ces questions ont été tirées de l'Enquête sur la violence envers les femmes de 1993 et portaient sur le fait d'avoir été menacé d'être blessé ou d'avoir été giflé, poussé ou frappé par son conjoint [32]. Une réponse positive à l'un ou l'autre de ces items déterminait la présence de violence conjugale.

TABLEAU 2

Définition des formes de violence vécues dans l'enfance

Violence sexuelle

Violence sexuelle - viol

Avant que vous ayez 18 ans, vous est-il arrivé personnellement d'avoir été forcé(e) d'avoir une relation sexuelle (inclut toute activité sexuelle avec pénétration orale, anale ou vaginale) avec un adulte ou un enfant plus vieux (3 ans et plus d'écart avec vous), alors que vous ne vouliez pas ? Ce peut être autant une personne de votre famille qu'une personne à l'extérieur de la famille.

Non

Oui

Violence sexuelle - attouchements

Avant que vous ayez 18 ans (et s'il y a lieu, à l'exception des relations sexuelles mentionnées précédemment), est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir été touché(e) sexuellement par un adulte ou un enfant plus vieux (3 ans et plus d'écart avec vous), alors que vous ne le vouliez pas, ou encore d'avoir été forcé(e) de toucher, d'une façon sexuelle, un adulte ou un enfant plus vieux ? Ce peut être autant une personne de votre famille qu'une personne à l'extérieur de la famille.

Non

Oui

Violence psychologique

Violence psychologique directe

Croyez-vous avoir été menacé(e), humilié(e) ou ridiculisé(e) par vos parents durant

vosre enfance ?

Non, jamais Oui, rarement **Oui, souvent** **Oui, très souvent**

Violence psychologique indirecte

Témoin de violence conjugale : Est-ce qu'il vous est arrivé d'être témoin de violence physique envers votre mère/père (ou celle qui jouait ce rôle) durant votre enfance ?

Non, jamais **Oui, rarement** **Oui, souvent** **Oui, très souvent**

Violence physique

Violence physique mineure

Avez-vous reçu la fessée par vos parents durant votre enfance?

Non, jamais Oui, rarement **Oui, souvent** **Oui, très souvent**

Violence physique sévère

Avez-vous été frappé plus durement qu'une fessée par vos parents durant votre enfance?

Non, jamais **Oui, rarement** **Oui, souvent** **Oui, très souvent**

4.3.2 Variables dépendantes

4.3.2.1 Détresse psychologique

La détresse psychologique des répondants a été mesurée par la version courte à 14 items de l'Indice de Détresse Psychologique (IDP-14) de Préville, Boyer, Potvin et Perreault [33]. L'IDP-14 a été développé à partir du *Psychiatric Symptoms Index* (PSI) de Ilfeld qui comporte 29 items [34]. La version courte de l'instrument a été traduite et validée dans le cadre de l'enquête de Santé Québec de 1992. Le répondant doit répondre à l'aide d'une échelle en quatre points de type Lykert allant de « jamais » à « très souvent ». Un score global est donc obtenu. Ainsi, plus le score est élevé, plus la détresse présentée par le répondant est élevée. L'instrument comporte quatre sous-échelles, soit l'anxiété, la dépression, l'irritabilité et les problèmes cognitifs qui permettent aussi d'obtenir des scores globaux pour chacune des sous-échelles. L'IDP-14 présente, par ailleurs, de bonnes propriétés psychométriques. La consistance interne de la mesure est élevée (alpha de Cronbach pour l'ensemble de 0,89 et de 0,72 à 0,83 pour les sous-échelles) [33]. L'étude des validités concomitante et de construit, ainsi que la stabilité de l'instrument a aussi été réalisée et démontre des résultats satisfaisants [33].

4.3.2.2 Symptômes de stress post-traumatique

Les symptômes de stress post-traumatique sont mesurés par la version courte à quatre items de l'échelle Primary Care Posttraumatic stress disorder (PC-PTSD utilisée pour diagnostiquer le syndrome de stress post-traumatique dans des cliniques de soins de première ligne [35]. Les questions portent sur la reviviscence des événements, l'évitement, la dissociation et l'hypervigilance. Au plan des propriétés psychométriques, l'instrument

présente une bonne fidélité test-retest ainsi que de bonnes caractéristiques opérationnelles [35]. Sa validité et son utilité diagnostique, sont elles aussi satisfaisantes [36]. Le PC-PTSC permet d'obtenir un score global.

4.3.2.3 Santé physique

L'état de santé physique des répondants a été mesuré à l'aide de six items tirés de l'enquête de Santé Québec de 1999 [31]. Certaines questions ont été légèrement modifiées afin qu'elles soient davantage adaptées aux besoins de l'enquête téléphonique. Les six items portaient sur la perception de l'état de santé physique du répondant, les douleurs ressenties, les problèmes de santé, la consommation de médicaments et l'utilisation des services de santé. Les items ont permis de calculer un score factoriel.

4.4 Analyses statistiques

Des analyses de régressions multiples par blocs hiérarchiques ont été réalisées afin de déterminer les facteurs associés aux diverses conséquences évaluées, soit la détresse psychologique, les symptômes de stress post-traumatique et la santé physique. Les régressions ont été réalisées en introduisant les variables sociodémographiques (genre, âge et niveau de scolarité, bloc 1), la violence conjugale (bloc 2), la violence vécue à l'enfance, soit la violence sexuelle, physique et psychologique (bloc 3) et enfin, les interactions entre le genre et les types de mauvais traitement subis dans l'enfance sont introduits dans le modèle (bloc 4). Le seuil de signification statistique était de $p < 0,05$. Lorsque les interactions significatives entre le genre et les diverses formes de violence apparaissaient

concernant ces trois variables dépendantes, des analyses en régression séparées ont été réalisées pour les hommes et les femmes.

5. RÉSULTATS

5.1 Détresse psychologique des répondants

Une première analyse en régression de la détresse psychologique a démontré une interaction significative entre le genre et la violence sexuelle vécue pendant l'enfance ($F_{1,786}=4,601$, $p=0,032$), d'où des analyses subséquentes séparées pour les hommes et les femmes. Le tableau 3 montre qu'une détresse psychologique élevée chez les hommes est associée à un âge peu élevé, à un faible niveau de scolarité et au fait d'avoir vécu de la violence sexuelle et physique dans l'enfance. Ainsi, les répondants plus jeunes, moins scolarités et qui ont vécu de la violence sexuelle et psychologique dans l'enfance avaient un score de détresse psychologique plus élevé. Ces quatre variables indépendantes expliquent 17,3% de la variance du score de la détresse psychologique des hommes.

La détresse psychologique des femmes, quant à elle, est associée à un âge moins élevé, au fait d'avoir vécu de la violence conjugale à l'âge adulte et de la violence physique et psychologique dans l'enfance. La variance expliquée du score de détresse psychologique des femmes est de 13,1%.

5.2 Stress post-traumatique des répondants

Les résultats relatifs au stress post-traumatique ne démontrent aucune différence significative entre hommes et femmes et une première analyse n'a démontré aucune interaction significative en fonction du genre. Pour l'ensemble des répondants (voir tableau 3), la violence conjugale et le fait d'avoir vécu dans l'enfance de la violence sexuelle et de la violence psychologique sont associés au score de stress post-traumatique des répondants. Environ 8 % de la variance du score de stress post-traumatique est expliquée par ces trois variables.

5.3 Santé physique des répondants

Une première analyse en régression a indiqué une interaction significative entre le genre et la présence de violence sexuelle pendant l'enfance ($F_{1,786}=4,162$, $p=0,042$). Le tableau 3 montre que parmi les variables indépendantes, la présence d'un faible niveau de scolarité, et de violence sexuelle et physique dans l'enfance sont associées à une moins bonne santé physique chez les hommes. Ces trois variables expliquent 10,3% de la variance du score de santé physique des répondants.

En ce qui concerne les femmes, seul le niveau de scolarité est associé à la santé physique. Ainsi, les répondantes moins scolarisées rapportent une moins bonne santé physique. Cela explique 2,9% de la variance du score de santé physique des femmes.

TABLEAU 3

Facteurs associés aux diverses séquelles à l'âge adulte : résultats des analyses de régression par bloc hiérarchique

	B	ÉT	Beta-	t	prob
Facteurs associés à la détresse psychologique chez les hommes					
Bloc 1					
Age du répondant	-.106	.026	-.196	-4.129	.000
Niveau de scolarité	-.047	.023	-.095	-2.006	.046
Bloc 2					
Violence conjugale à l'âge adulte	.045	.152	.014	.294	.769
Bloc 3					
Violence sexuelle dans l'enfance	.265	.077	.164	3.467	.001
Violence physique dans l'enfance	.274	.062	.240	4.387	.000
Violence psychologique dans l'enfance	.118	.062	.103	1.909	.057
$R^2 = 0.173, p < .001$					
Facteurs associés à la détresse psychologique chez les femmes					
Bloc 1					
Age du répondant	-.071	.028	-.125	-2.541	.011
Niveau de scolarité	.050	.027	.092	1.891	.059

Bloc 2

Violence conjugale à l'âge adulte	.344	.156	.106	2.209	.028
-----------------------------------	------	------	------	-------	-------------

Bloc 3

Violence sexuelle dans l'enfance	.056	.062	.045	.911	.363
----------------------------------	------	------	------	------	------

Violence physique dans l'enfance	.206	.076	.148	2.722	.007
----------------------------------	------	------	------	-------	-------------

Violence psychologique dans l'enfance	.182	.068	.145	2.662	.008
---------------------------------------	------	------	------	-------	-------------

$R^2 = 0.131, p < .001$

Facteurs associés au stress post-traumatique chez les répondant-e-s

Bloc 1

Sexe du répondant	.047	.062	.026	.751	.453
-------------------	------	------	------	------	------

Age du répondant	-.033	.035	-.034	-.960	.337
------------------	-------	------	-------	-------	------

Niveau de scolarité	-.044	.033	-.048	-1.360	.174
---------------------	-------	------	-------	--------	------

Bloc 2

Violence conjugale à l'âge adulte	.493	.201	.085	2.450	.014
-----------------------------------	------	------	------	-------	-------------

Bloc 3

Violence sexuelle dans l'enfance	.348	.087	.143	4.009	.000
----------------------------------	------	------	------	-------	-------------

Violence physique dans l'enfance	.100	.089	.045	1.119	.263
----------------------------------	------	------	------	-------	------

Violence psychologique dans l'enfance	.330	.085	.154	3.894	.000
---------------------------------------	------	------	------	-------	-------------

$R^2 = 0.083, p < .001$

Facteurs associés à la santé physique chez

les hommes

Bloc 1					
Age du répondant	-.022	.019	-.059	-1.193	.234
Niveau de scolarité	-.072	.017	-.207	-4.194	.000
Bloc 2					
Violence conjugale à l'âge adulte	.085	.112	.037	.760	.448
Bloc 3					
Violence sexuelle dans l'enfance	.146	.056	.128	2.591	.010
Violence physique dans l'enfance	.115	.046	.143	2.508	.013
Violence psychologique dans l'enfance	.035	.045	.044	.779	.436

$R^2 = 0.103, p < .001$

**Facteurs associés à la santé physique chez
les femmes**

Bloc 1					
Age du répondant	.032	.019	.089	1.707	.089
Niveau de scolarité	-.044	.018	-.126	-2.458	.014
Bloc 2					
Violence conjugale à l'âge adulte	.136	.104	.066	1.303	.193
Bloc 3					
Violence sexuelle dans l'enfance	.027	.041	.034	.655	.513
Violence physique dans l'enfance	.043	.051	.048	.842	.401
Violence psychologique dans l'enfance	.005	.046	.006	.102	.919

$R^2 = 0.029, p < .003$

6. DISCUSSION

Les résultats de l'étude confirment que le fait d'avoir vécu des mauvais traitements pendant l'enfance est associé à diverses conséquences psychologiques et physiques à long terme. Ces résultats sont similaires à plusieurs études qui ont démontré l'impact négatif que les mauvais traitements envers les enfants peuvent avoir jusqu'à l'âge adulte [5,8,37-39]. Par exemple, le travaux de recherche de Wise, Zierler, Krieger et Harlow ont permis de démontrer une association positive entre le fait d'être victimisé à l'enfance et la présence de dépression majeure chez les femmes adultes [38]. Goodwin et Stein ont pour leur part démontré que les mauvais traitements pendant l'enfance augmentent les risques de présenter différentes douleurs physiques à l'âge adulte [39]. Puis, l'étude de Bagley, Wood et Young a permis de constater une forte corrélation entre les symptômes de stress post-traumatique présentés à l'âge adulte et les violences sexuelle et psychologique vécues pendant l'enfance, rejoignant ainsi les résultats de la présente étude [2].

Un second constat découlant des résultats de l'étude est la confirmation que le fait de vivre plus d'une forme de maltraitance est associé à de plus grandes difficultés à l'âge adulte comparativement au fait de vivre une seule forme. En effet, à l'exception de la santé physique chez les femmes, l'ajout d'une forme de violence vécue pendant l'enfance augmente la détresse psychologique, les symptômes de stress post-traumatique et les problèmes de santé physique, soutenant ainsi l'hypothèse d'un effet cumulatif démontré par certaines études [4,9,39,40]. Il s'agit de la conclusion à laquelle sont arrivés Higgins et McCabe dans leur recension des écrits scientifiques portant sur les études évaluant les

séquelles associées au fait de vivre plus d'une forme de mauvais traitements [4]. Clemmons souligne quant à lui l'impact cumulatif des mauvais traitements subis pendant l'enfance en démontrant que le nombre de formes vécues est un prédicteur significatif des symptômes de stress post-traumatique présentés à l'âge adulte [40]. Cependant, la comparaison des résultats avec ceux des autres études demeure fragile compte tenu que la majorité d'entre elles n'ont pas employé de démarche systématique ni d'analyse statistique multivariée.

D'autre part, les résultats de l'étude démontrent que les diverses formes de mauvais traitements agissent différemment sur chacune des conséquences et ce, selon le sexe du répondant. Pourtant, une étude similaire menée par Briere et Elliott sur la violence sexuelle et physique pendant l'enfance démontre que ces formes de maltraitance ont toutes deux un impact sur les séquelles observées, tant pour les hommes que pour les femmes [3]. Une étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif a aussi démontré des impacts similaires entre les formes de mauvais traitements [9]. Il est possible de croire que cette divergence dans les résultats est attribuable à l'emploi de différentes mesures pour évaluer les conséquences. Ainsi, il se peut que l'utilisation de mesures créées spécifiquement pour évaluer l'impact d'un trauma permette d'obtenir des résultats plus sensibles à cette réalité. L'emploi de mesures générales pour l'évaluation des conséquences, telles qu'utilisées dans la présente étude, aurait pour effet de sous-évaluer les associations entre les mauvais traitements dans l'enfance et les difficultés vécues [3]. Cela dit, ces résultats contradictoires avec les autres études peuvent aussi être expliqués par le fait que Briere et Elliott, les seuls dont l'étude est comparable au plan méthodologique, n'ont évalué que deux formes de violence [3]. Ainsi, l'impact de la violence sexuelle et physique évalué par ces auteurs

pourrait être dû aux types de mauvais traitements vécus dans l'enfance qui n'ont pas été considérés ni contrôlés.

Dans un autre ordre d'idées, la tendance à observer une relation négative entre l'âge des répondants et les conséquences a aussi été observée dans une étude de Briere et Elliott [3]. Étonnamment, aucune autre étude n'a évalué systématiquement l'impact que l'âge des répondants pouvait avoir sur le développement de séquelles psychologiques et physiques à l'âge adulte. Pico-Alfonso soulève l'hypothèse que la symptomatologie présentée par les répondants peut être plus importante chez les individus moins âgés compte tenu que les événements traumatisants vécus sont plus récents pour eux [24].

Les résultats de l'étude démontrent des différences entre les hommes et les femmes relativement aux conséquences observées. En effet, pour deux des trois variables dépendantes évaluées, les facteurs associés varient en fonction du sexe des répondants. Encore une fois, il est difficile de comparer ces résultats avec ceux des autres études puisque, tel que mentionné précédemment, seule l'étude de Briere et Elliott a tenté de déterminer s'il existait une différence entre hommes et femmes sur le développement de séquelles à l'âge adulte [3]. Il importe néanmoins de préciser que ces auteurs ont utilisé une mesure, le Trauma Symptom Inventory, spécifique aux symptômes de stress post-traumatique et aux séquelles reliées à un événement traumatique. En considérant ce fait, la comparaison entre les deux études peut donc porter uniquement sur la variable de stress post-traumatique. Ainsi, tout comme Briere et Elliott, les résultats de la présente étude

n'ont démontré aucune relation significative entre le sexe des répondants et cette conséquence particulière.

Les résultats de l'étude démontrent également que la violence sexuelle vécue dans l'enfance semble davantage être associée à l'âge adulte aux diverses séquelles chez les hommes plutôt que chez les femmes. Effectivement, cette forme de maltraitance est associée significativement aux trois conséquences évaluées chez les hommes alors que pour les femmes, elle n'est associée qu'aux symptômes de stress post-traumatique. Cette différence selon les genres pourrait être attribuable au fait qu'il existe encore aujourd'hui un tabou relativement aux agressions sexuelles des hommes, tant en ce qui concerne le tabou de l'homosexualité que de la croyance populaire qu'un homme ne peut être victime et qu'il est apte à se défendre (G Parent, Université du Québec à Montréal (Canada), communication personnelle 2007). La violence sexuelle vécue pendant l'enfance des hommes peut donc en être plus difficile à vivre et moins fréquemment dévoilée. De ce fait, compte tenu que la majorité des victimes des situations d'agressions sexuelles connues sont des femmes, davantage de services curatifs leur sont destinés, tant à court qu'à long terme, atténuant ainsi les conséquences négatives chez elles. Ces différentes réalités peuvent expliquer le fait que les hommes présentent davantage de séquelles à l'âge adulte.

Enfin, l'étude a permis de juger de l'influence de la violence conjugale sur la présence de certaines séquelles. Lorsque cette violence conjugale est un facteur significatif pour l'une des conséquences, elle se retrouve toujours en combinaison avec le fait d'avoir vécu de la violence psychologique pendant l'enfance. Cette combinaison particulière peut

s'expliquer par le fait que, dans la présente étude, la variable de la violence psychologique inclue le fait d'avoir été témoin de violence conjugale dans l'enfance. Le lien entre le fait d'être témoin de ce type de violence et en être victime à l'âge adulte a été clairement démontré [23]. Or, cette association entre la violence conjugale et le développement de séquelles à long terme des mauvais traitements vécus pendant l'enfance n'a pas été étudiée, outre que par Briere et Elliott qui ont aussi démontré son impact significatif sur les séquelles.

6.1 Forces et limites méthodologiques

La présente étude a l'avantage de s'être penchée sur les principales formes de violence pouvant être vécues à l'enfance et de considérer au moins trois formes de mauvais traitements envers les enfants. De plus, l'utilisation d'un échantillon représentatif québécois ayant une taille suffisamment grande pour offrir une bonne puissance statistique représente des forces non négligeables. Par ailleurs, les mesures utilisées dans l'évaluation des conséquences à long terme présentent de bonnes propriétés psychométriques et ont démontré leur efficacité dans différentes études antérieures. Enfin, les analyses statistiques multivariées utilisées, qui permettait de contrôler certains facteurs externes et de tenir compte des autres variables dans l'évaluation des relations significatives, s'avère être un apport important à la littérature existante.

Toutefois, l'étude présente certaines limites méthodologiques. D'abord, comme plusieurs études menées auprès d'adultes sur les mauvais traitements à l'enfance, la nature rétrospective du devis peut entraîner certains biais liés à la mémoire des répondants.

L'utilisation de mesures auto-rapportées peut également avoir pour effet de sous- ou de sur-représenter les difficultés réelles vécues par les participants. De plus, la méthode d'échantillonnage par numéro de téléphone ne permet pas de rejoindre certains individus particulièrement à risque d'avoir vécu de la violence dans l'enfance, notamment les personnes sans abris et celles qui sont en institution psychiatrique ou carcérale. Le taux de réponse de 28% représente aussi une limite. Ce dernier se situe en dessous du taux de réponse des études similaires de 49% [41]. Par contre, une tendance de participation plus faible dans les enquêtes téléphoniques s'observe internationalement depuis quelques années [42]. L'importante proportion d'appels sans réponse expliquerait en partie cette réalité, notamment par la présence d'afficheurs qui filtrent les appels « indésirables ». Aussi, la croissance importante de firmes de télémarketing augmenterait les taux de refus et favoriserait ainsi un faible taux de réponse [42]. Il est aussi possible de croire que certaines personnes ayant refusé de répondre à l'enquête sont celles pour qui il est encore difficile de parler de leurs expériences vécues à l'enfance et qui présentent certaines séquelles. Par ailleurs, l'utilisation d'un nombre restreint d'items pour mesurer la violence vécue à l'enfance ne permet pas une description détaillée de la nature et de la sévérité de chaque forme de violence. Enfin, l'étude n'a pas mesuré le type de mauvais traitements le plus répandu et qui apparaît, parmi les cas d'enfants connus des services de protection de la jeunesse, comme la forme de maltraitance la plus souvent en cooccurrence, c'est-à-dire la négligence [15]. Plusieurs de ces limites méthodologiques ont toutefois pour effet de sous-évaluer la prévalence de chaque forme de mauvais traitements et de celle de leur cooccurrence [20,41,43-46]. Les limites présentées par l'étude devraient servir de pistes de réflexion pour les sujets de recherche futures.

6.2 **Recommandations et implications cliniques**

Les résultats obtenus dans la présente étude démontrent clairement que les évaluations psychosociales et même de santé physique auprès d'adultes pour qui une demande de services est adressée devraient inclure systématiquement une investigation de la maltraitance vécue dans l'enfance. Cette évaluation serait importante compte tenu que la maltraitance vécue à l'enfance n'est pas rare, qu'elle est associée à diverses séquelles et que la présence de plus d'une forme de violence en augmente les conséquences.

De plus, le fait que les victimes de mauvais traitements pendant l'enfance présentent encore des séquelles à l'âge adulte démontre qu'un dépistage plus tôt des différentes formes de violence vécues serait souhaitable. Cela permettrait d'atténuer plus rapidement les conséquences qu'elles entraînent. Ces résultats suggèrent aussi que les traitements préventifs et curatifs offerts actuellement ne sont pas efficaces compte tenu que les mauvais traitements vécus à l'enfance sont associés, même après plusieurs années, à des séquelles psychologiques et physiques.

Les résultats de l'étude suggèrent également l'adoption d'une approche multidimensionnelle dans le développement et dans l'application de programme de prévention et de traitement qui, traditionnellement, sont souvent conçus en fonction d'une seule forme de mauvais traitements. Ces services spécifiques auraient donc avantage à tenir compte des autres formes vécues par la clientèle desservie, tant pendant l'enfance qu'à l'âge adulte, puisque une partie des séquelles présentées peut être associée à ces autres

variables. Ce changement devrait permettre de rendre les traitements plus opérants et efficaces. Tel que le souligne Clemmons, cette considération du phénomène de la cooccurrence est d'autant plus importante au sein d'une population clinique chez qui une proportion d'individus victimes de plus d'une forme de maltraitance augmente de façon importante [40].

Enfin, les interventions offertes devraient aussi tenir compte des différences observées entre les hommes et les femmes quant aux séquelles associées aux formes de violence vécues. Les services devraient donc être adaptés en fonction du genre.

6. RÉFÉRENCES

1. Bagley C. A typology of child sexual abuse: the interaction of emotional, physical and sexual abuse as predictors of adult psychiatric sequelae in women. *Can J Hum Sex* 1996; 5(2): 101-112.
2. Bagley C, Wood M, Young L. Victim to abuser: mental health and behavioural sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse Negl* 1994; 18(8): 683-697.
3. Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical et sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 1205-1222.
4. Higgins DJ, McCabe MP. Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports. *Agress Violent Beh* 2001; 6: 547-578.
5. Moeller TP, Bachman GA. The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: long-term health consequences for women. *Child Abuse Negl* 1993; 17: 623-640.

6. Mullen PE, Martin JL, Anderson SE, Romans SE, Herbison GP. The effect of child sexual abuse on social, interpersonal, and sexual function in adult life. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 35-47.
7. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 517-530.
8. Walker EA, Gelfand A, Katon WJ, Koss MP, Von Korff M, Bernstein D, Russo J. Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *Am J Med* 1999; 107: 332-339.
9. Thompson MP, Arias L, Basile KC, Desai S. The association between childhood physical and sexual victimization and health problems in adulthood in a nationally representative sample of women. *J Interpers Violence* 2002; 17(10): 1115-1130.
10. Miller TR, Cohen MA, Wiersema B. Victim costs and consequences: a new look. Washington, DC : U.S. Department of Justice, 1996. In: dans Freyd JJ, Putnam FW, Lyon TD, Becker-Blease KA, Cheit RE, Siegel NB, Pezdek K. *The Science of Child sexual abuse. Science* 2005; 308: 501.

11. Dallam SJ. The long-term medical consequences of childhood trauma 2001. In: Franey K, Geffner R, Falconer R.. eds. The cost of child maltreatment: who pays? We all do. San Diego, CA : Family Violence and Sexual Assault Institute, 2001.
12. Tourigny M, Gagné M-H, Joly J, Chartrand M-E. Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Can J Public Health* 2006; 97(2): 109-113.
13. Higgins DJ, McCabe MP. Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child abuse rev*, 2000; 9: 6-18.
14. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, et al. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants: rapport final. Ottawa, ON: Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001.
15. Tourigny M, Mayer R, Hélie S, Wright J, Trocmé N. Les mauvais traitements envers les enfants tels que rapportés aux Directeurs de la protection de la jeunesse. Institut de la statistique du Québec (sous la direction de), 2001. In: *Portrait social du Québec, chapitre 20*, Québec: Institut de la statistique du Québec, 2001.
16. MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N, Boyle MH, Wong M, Racine YA, Beardslee WR, Offord DR. Prevalence of child physical and sexual abuse in the

- community: results from the Ontario health supplement. *J Am Med Assoc* 1997; 278(2): 131-135.
17. Arata CM, Langhinrichsen-Rohling J, Bowers D, O'Farrill-Swails L. Single versus multi-type maltreatment: an examination of the long-term effects on child abuse. *Journal of aggression, maltreatment & trauma* 2005; 11(4): 29-52.
 18. Schaaf KK, McCanne TR. Relationship of childhood sexual, physical, and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. *Child Abuse Negl* 1998; 22(11): 1119-1133.
 19. Fox KM, Gilbert BO. The interpersonal and psychological functioning of women who experienced childhood physical abuse, incest, and parental alcoholism. *Child Abuse Negl* 1994; 18: 849-858.
 20. Arata CM, Langhinrichsen-Rohling J, Bowers D, O'Brien N. Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 393-415.
 21. Wolfe DA, Silvern L.. Parenting and family stress as mediators of the long-term effects of child abuse, *Child Abuse Negl* 2004; 18: 439-453.

22. Manly JT, Cicchetti D, Barnett D. The impact of subtype, severity, chronicity, and frequency of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Dev Psychopathol* 1994; 6: 121-143.
23. Statistique Canada. Enquête sur le service téléphonique résidentiel. *Le Quotidien* 2006. Document téléaccessible à l'adresse:
<<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/070504/q070504a.htm>>.
24. Institut de la statistique du Québec. Données du recensement de 2001. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2005. Document téléaccessible à l'adresse:
<http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/lequebec/population_que/tot18pop20.htm>.
25. Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Negl* 1990; 14(1): 19-28.
26. Clément M-E, Bouchard C, Jetté M, Laferrière S. La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999. Québec: Institut de la statistique du Québec (Collection de la santé et le bien-être / Institut de la statistique du Québec), 2000.
27. Statistique Canada. Recherche sur la violence contre les femmes. Documentations sur microfilms et guide de Vutilisateur à l'usage du public, Ottawa : Industrie, Science et Technologie Canada, 2004.

28. Prévile M, Boyer R, Potvin L, Perreault C. La détresse psychologique: déterminants de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. Cahier de la recherche 1992: n°7, Québec: Gouvernement du Québec.
29. Ilfeld FW. Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports* 1976; 39: 1215-1228.
30. Prins A, Ouimette P, Kimerling R, Cameron RP, Hugelshofer DS, Shaw-Hegwer J, Thrailkill A, Gusman FD, Sheikh JI. The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2003; 9(1): 9-14.
31. Prins A, Kimerling R, Cameron R, Ouimette P, Shaw J. The primary-care PTSD screen. *Proceedings of the International Society for Traumatic Stress* 1999; 15: 100. In: Ford J, Trestman RL. Evidence-based enhancement of the detection, prevention, and treatment of mental illness in the correction systems. Washington DC: U.S. Department of Justice: 2005.
32. Widom CS. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1223-1229.

33. Wise LA, Zierler S, Krieger N, Harlow BL Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimization: a case-control study. *The Lancet* 2001; 358: 881-887.
34. Clemmons JC. Multiple forms of child maltreatment and abuse-specific characteristics: relationships to psychological adjustment. University of Nebraska-Lincoln, 2004.
35. Goodwin R, Stein MB. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychol Med* 2004; 34: 509-519.
36. Berkowitz CD. Medical consequences of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1998; 22(6): 541-549.
37. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl* 1997; 21(4): 391-398.
38. Clément M-E, Chamberland C, Côté L, Dubeau D, Beauvais B. La violence familiale dans la vie des enfants du Québec. Institut de la statistique du Québec, 2004.

39. Brewin CR, Andrews G, Gotlib IH. Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychol Bull* 1993; 113: 82-98.
40. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA, Hamby SL. The victimization of children and youth : A comprehensive, national survey. *Child Maltreat* 2005; 10(1): 5-15.
41. Ney P, Fung T, Wickett A. The worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1994; 18: 705-715.
42. Williams LM. Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 1167-1176.
43. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 479-502.

ANNEXE A

NORMES DE PRÉSENTATION DE LA REVUE CIBLÉE

- Puis indiquer les mots-clés en anglais (entre 3 et 7, indexés dans le MeSH, et commençant chacun par une majuscule et séparés par des points)
- Mettre ensuite le résumé en français, et le structurer en 4 paragraphes : *Position du problème, Méthodes, Résultats, Conclusion*. Puis indiquer les mots-clés (entre 3 et 7, indexés dans le MeSH, et commençant chacun par une majuscule et séparés par des points)
- Aucune abréviation, ni référence bibliographique n'est introduite dans les résumés

Remerciements - Reproduction

- Les remerciements figurent à la fin de l'article, juste avant les références bibliographiques
- En cas de reproduction partielle ou totale, dans le manuscrit, d'un document ou d'une illustration déjà publiés, l'autorisation écrite de l'éditeur et des auteurs doit être impérativement fournie

Références

- Pour établir la liste des références, utiliser si possible un logiciel bibliographique (Endnote [mais ne pas faire figurer le N° entre parenthèses après le volume], Reference Manager, etc.) en utilisant le format « Vancouver ».
- La liste des journaux et de leurs abréviations peut être consultée en ligne, sur le serveur PubMed, à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/jrbrowser.cgi>
- Dans le texte et dans les tableaux, les références sont numérotées, en chiffres arabes entre crochets, dans l'ordre d'apparition. Quand plus de deux références se suivent, indiquer le premier et le dernier chiffre en les séparant par un tiret
- Les références citées uniquement dans les tableaux ou figures sont numérotées selon une séquence établie par la première identification du tableau dans le texte
- Les références sont listées en fin d'article, numérotées (chiffres arabes, sans crochets ni parenthèses) dans l'ordre dans lequel elles apparaissent pour la première fois dans le texte
- Elles ne concernent que les travaux publiés (y compris les résumés) ou sous presse
- Les communications personnelles ou les données non publiées ne figurent pas dans la liste de références mais sont mentionnées entre parenthèses dans le texte
- Les titres des journaux sont abrégés selon les usages de la National Library of Medicine
- Les références sont dactylographiées en double interligne et sont présentées strictement selon les indications suivantes : ...
- **Articles de périodiques**
- Hogstedt C, Lundberg I. Epidemiology of occupational neurobehavioral hazards. Methodological experiences from organic solvent research. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1992;40:7-16.

- Ouvrages

- Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. New York, NY: John Wiley & Sons, 1981.
- Thomson AM. Physiological determinants of birth weight. Proceedings of the Second European Congress on Perinatal Medicine, London, 1970. Basel, Switzerland: Karger, 1971:174-80.
- **Chapitres d'ouvrages**
- Schuler G, Ruttner JR. Silicosis and lung cancer in Switzerland. In: Goldsmith DF, Winn DM, Shy CM, eds. Silica, silicosis and cancer: controversy in occupational medicine. Cancer research monographs. Vol 2. New York, NY: Praeger, 1986:357-66.

- Rapports

- Harris ME. Classification and diagnostic criteria for diabetes and other categories of glucose intolerance. In: National Diabetes Data Group, Diabetes in America: diabetes data compiled 1984. Bethesda, MD: National Institute of Arthritis, Diabetes, and Digestive and Kidney Diseases, 1985 (NIH publication no. 85-1468).
- Mentionner tous les auteurs jusqu'à six ; au-delà de 6 auteurs, conserver les six premiers et ajouter « et al. » en italiques

Tableaux, figures et illustrations (au nombre total de 6 maximum)

- Chaque tableau est dactylographié en double interligne sur feuille séparée et ne comporte pas de traits verticaux. Pour les réaliser, utiliser la fonction « tableau » de Word. Ne pas utiliser de tabulations
- Limiter le nombre des tableaux au strict nécessaire et éviter les redondances entre texte et tableaux
- Les tableaux sont numérotés (chiffres arabes) dans l'ordre de leur première citation dans le texte
- Chaque tableau possède un titre bref et informatif, situé au-dessus
- Les explications ou notes diverses figurent au-dessous des tableaux (les notes sont appelées par des lettres, par ordre alphabétique, placées en exposant : a, b, c)
- Les illustrations et graphiques doivent tous être dénommés « Figures ». Toutes les figures sont appelées et numérotées (chiffre arabe) dans leur ordre d'apparition dans le texte (exemple : figure 1, figures 2 et 3...)
- Elles sont à leur dimension définitive (permettant une reproduction sans agrandissement ni réduction) : de la largeur soit d'une colonne (7-8 cm), soit de deux colonnes (16-17 cm) de la revue
- Les lettres, chiffres ou symboles sont clairs et de taille suffisante pour que chaque élément soit parfaitement lisible
- Les titres ou explications détaillées ne figurent pas sur l'illustration. Les titres et légendes sont dactylographiés en double interligne sur une page séparée, dans la langue de l'article. Ils doivent être concis. Les abréviations utilisées sur l'illustration y sont définies
- Les illustrations en couleur pourront être à la charge des auteurs

Il est indispensable pour l'édition qu'un manuscrit définitivement accepté soit fourni, en plus du tirage papier définitif, sur support informatique. Ces documents doivent être accompagnés de la présente liste cochée et signée. La liste non signée et l'article peuvent être aussi envoyés parallèlement par voie électronique pour des raisons de rapidité.

Le Comité de Rédaction se réserve le droit de renvoyer aux auteurs, avant toute soumission à l'avis des lecteurs, les manuscrits qui ne seraient pas conformes aux modalités de présentation exposées ci-dessus. Le Comité de Rédaction conseille aux auteurs de conserver un exemplaire du manuscrit, des figures et des tableaux, ainsi qu'un double de la liste cochée.

Nom de l'auteur principal
Signature

Téléphone :
Fax :
E-mail :