

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

**L'exposition à la violence conjugale de type physique et la santé physique des
enfants**

Par

Yvonne Richard

**Département de Médecine Sociale et Préventive
Faculté de Médecine**

**Mémoire présenté à la faculté des études supérieures
En vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M.Sc)
en Santé Communautaire
Option recherche**

Septembre 2007

©Yvonne Richard, 2007



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

L'exposition à la violence conjugale de type physique et la santé physique des enfants

présenté par :

Yvonne Richard

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Maria Victoria Zunzunegui

président-rapporteur

Louise Séguin

Directrice de recherche

Lise Gauvin

Co-directrice de recherche

Sylvana M Côté
Membre du jury



RÉSUMÉ

Contexte et objectifs : La violence conjugale est un problème social qui affecte non seulement le couple en question mais aussi les autres membres de la famille. Les enfants exposés à la violence conjugale subissent un climat de stress qui peut leur causer des problèmes sociaux, psychologiques et de développement. Par contre, les effets de la violence domestique sur la santé physique des enfants demeurent peu étudiés par la communauté scientifique. Ainsi, les publications à ce sujet sont rares et comportent des lacunes méthodologiques limitant la portée de leurs résultats. La présente recherche a pour objectif d'examiner l'association entre l'exposition à la violence conjugale de type physique et la santé physique des enfants de 41 mois en moyenne tout en contrôlant pour les principales caractéristiques de l'enfant, de la mère et du milieu familial. De possibles interactions sont aussi examinées.

Méthode : Cette analyse transversale utilise les données du volet 2001 de l'Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec. L'échantillon à l'étude comprend 1849 enfants et représente 94,8% de l'échantillon complet de 2001. Dû à la présence de données manquantes, 5,2% des enfants ont été exclus des analyses. On a effectué des analyses de régression logistique sur cet échantillon pour examiner les liens entre l'exposition à la violence conjugale de type physique et les problèmes de santé physique suivants : blessures subies par l'enfant depuis sa naissance, les infections pendant le trimestre précédant la collecte de données, les crises d'asthme au cours des 12 derniers mois et la perception maternelle de sa santé.

Résultats : La fréquence de l'exposition à la violence conjugale de type physique depuis la naissance de l'enfant dans cet échantillon d'enfants de trois ans et demi est de 4,1%. Les analyses multivariées ne trouvent pas d'association significative entre l'exposition à la violence conjugale de type physique depuis la naissance et les problèmes de santé physique les plus

prévalents de l'enfance. On trouve toutefois une interaction significative entre l'exposition à la violence et le statut conjugal de la mère pour ce qui est de la survenue de blessures depuis la naissance de l'enfant. Cette interaction prédit un ratio de cotes plus élevé pour les enfants exposés à la violence conjugale et dont la mère est monoparentale.

Conclusion : L'exposition à la violence conjugale de type physique est relativement fréquente dans cet échantillon d'enfants de trois ans et demi. À cet âge, l'exposition n'est pas associée aux indicateurs de santé physique étudiés. Il est toutefois possible que de tels problèmes de santé n'apparaissent qu'à un âge plus avancé.

Mots-clés : Exposition à la violence conjugale, enfants, santé physique, ÉLDEQ.

ABSTRACT

Intimate partner violence is a social phenomenon that influences not only the couple at odds but also all other members of the family. The children exposed to this violence are subjected to a stressful environment exposure that can cause developmental, social, and psychological problems. However, the effects of physical domestic violence on the physical health and well-being of children have so far received little attention from the scientific community. Thus, studies published remain scarce and afflicted by several methodological issues which limit the results. The main objective of the present research is therefore to examine the relationship between exposure to physical domestic violence and several physical health problems of children aged 41 months on average while controlling for important characteristics of the mother, child, and family. Possible interactions between variables are also examined.

Methods

This cross-sectional study uses data from the 2001 wave of the Quebec Longitudinal Study of Child Development (QLSCD). The study sample includes 1849 children, and represents 94.8% of the total sample that year. Because of the presence of missing data, about 5.2% of children were excluded from the analysis. Analyses involved logistic regression designed to examine the relationship between exposure to physical intimate partner violence and the following health issues: injuries since the birth of the child, infections during the trimester preceding data collection, asthma attacks during the previous 12 months as well as maternal perception of his health.

Results: The frequency of exposure to physical domestic violence since birth in this sample of three and a half year old children is 4.1%. Multivariate analysis does not reveal any statistically significant associations between exposure to conjugal violence since birth and the most prevalent

health problems in childhood. However, the interaction between intimate partner violence and mother's marital status achieved statistical significance showing that children exposed to physical domestic violence and whose mother are not currently living with a partner have the highest odds ratio of injuries since birth.

Conclusion: Exposure to physical domestic violence is a relatively common occurrence in this sample of three and a half year old children. At that age, no effect of such exposure was observed in terms of the health issues investigated. It is however possible that such health problems appear only at an older age.

Keywords: Exposure to intimate partner violence, children, child health, QLSCD.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
ABSTRACT	iii
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ANNEXES	viii
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS	ix
REMERCIEMENTS	x
1- INTRODUCTION	1
1.1. Problématique	1
1.2. Objectifs de l'étude	2
1.3. Pertinence de la recherche	2
2- RECENSION DES ÉCRITS	4
2.1. L'exposition à la violence conjugale	4
2.2. Effets de l'exposition à la violence sur les enfants	9
2.3. Exposition à la violence et autres formes d'abus	17
2.4. Facteurs de risque de violence familiale	17
2.5. Impact de la pauvreté	18
2.6. Critique méthodologique des études recensées	20
2.7. Résumé de la recension des écrits	23
3- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	24
4- MODÈLE THÉORIQUE	24
5- MÉTHODOLOGIE	29
5.1. Devis de recherche	29
5.2. Échantillon et critères d'inclusion.....	29
5.3. Procédure de cueillette des données.....	30
5.4. Instruments de mesure	30
5.5. Considérations éthiques	30
5.6. Définition des variables	31
6- ANALYSE STATISTIQUE	34
6.1. Analyses bivariées	35
6.2. Analyses multivariées	35
7. RÉSULTATS	37
7.1. Profil de l'échantillon à l'étude (tableau I, p. 43)	37
7.2. Analyses bivariées	38
7.3. Analyses multivariées (tableau III à VI).....	40
8- DISCUSSION	51
8.1. Comparaison de nos résultats avec les écrits	51
8.2. Limites de l'étude	57
8.3. Pistes de recherche future	60
9- CONCLUSION	62
RÉFÉRENCES	63
ANNEXES	xi

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Caractéristiques de la population des enfants de 3 ans ½ , de leur mère et de leur environnement selon les variables à l'étude. ÉLDEQ-2001.....	43
Tableau II. Fréquence comparée et ratios de cote non-ajustés des problèmes de santé physique des enfants de l'échantillon selon l'exposition à la violence conjugale de type physique. ÉLDEQ-2001.....	45
Tableau III: Ratios de cote bruts et ajustés de l'interaction blessures de l'enfant- statut conjugal de la mère selon l'exposition à la violence conjugale de type physique. ÉLDEQ 2001.....	46
Tableau IV: Ratios de cote bruts et ajustés des infections dans les trois derniers mois de l'enfant selon l'exposition à la violence conjugale de type physique. ÉLDEQ 2001.....	47
Tableau V: Ratios de cote brut et ajustés des crises d'asthme au cours des douze derniers mois de l'enfant selon l'exposition à la violence conjugale de type physique. ÉLDEQ 2001.....	49
Tableau VI: Ratios de cote bruts et ajustés de la perception maternelle de la santé de l'enfant selon l'exposition à la violence conjugale de type physique. ÉLDEQ 2001.....	50
Tableau VII : Associations bivariées entre les blessures et les variables d'exposition ou les facteurs de risque pour les blessures	xii
Tableau VIII : Associations bivariées entre les infections et les variables d'exposition ou les facteurs de risque pour les infections.....	xiv
Tableau IX : Associations bivariées entre l'asthme et les variables d'exposition ou les facteurs de risque pour l'asthme.....	xvi
Tableau X: Associations bivariées entre la perception maternelle de la santé de l'enfant et les variables d'exposition ou les facteurs de risque pour la perception maternelle de la santé de l'enfant.	xviii

LISTE DES FIGURES

Modèles empiriques

Blessures.....	26
Infections, Asthme et Perception maternelle de la santé de l'enfant.....	27
Histogramme de l'interaction violence conjugale et statut conjugal de la mère.....	47
Modèle théorique de l'effet d'un environnement familial à risque sur la santé de l'enfant.	
Traduction libre, adapté de Repetti et al.	xi

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Modèle théorique de l'effet d'un environnement familial à risque sur la santé de l'enfant.....	xi
Annexe 2 : Tableaux des associations bivariées.....	xii
Annexe 3 : Extraits de l'ÉLDEQ.....	xx

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

ÉLDEQ : Étude Longitudinale du Développement des Enfants du Québec

ELNEJ : Étude Longitudinale Nationale sur les Enfants et les Jeunes

IC95% : Intervalle de confiance à 95%

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

p : Probabilité de signification statistique

QAAM : Questionnaire auto-administré de la mère

QIRI : Questionnaire informatisé rempli par l'informateur

QPRI : Questionnaire papier rempli par l'intervieweuse

RC : Ratio de cotes

SFR : Seuil de faible revenu

SPSS 10.0 : Statistical Package for the Social Sciences, version 10.0

SSE : Statut socioéconomique

SSPT : Syndrome de stress post-traumatique

REMERCIEMENTS

Au terme de ce long mais très enrichissant processus, jé ne saurais suffisamment exprimer ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont soutenue, encouragée et aidée:

Ma directrice, Mme Louise Séguin pour ses précieux conseils, sa générosité et son expérience inestimables;

Ma co-directrice, Mme Lise Gauvin, pour sa rigueur intellectuelle et ses nombreux encouragements;

Mme Béatrice Nikiéma, pour sa bonne humeur, sa disponibilité et son aide sur le plan technique;

Ma chef de programme, Mme Francine Lajeunesse, pour sa souplesse et sa compréhension, qui m'ont permis de concilier travail et études;

Sans oublier Claire, Robert, Alexandra, Cristiana et Danielle qui ont su m'entourer... tout en me gardant dans le droit chemin!

À tous les enfants victimes de maltraitance

1- INTRODUCTION

Victimes silencieuses de la violence conjugale, les enfants subissent, souvent dès leur plus jeune âge, un climat oppressant qui compromet leur développement, leur santé, voire leur intégrité physique. Pourtant le sort de ces enfants demeure relativement mal compris. Depuis les années 80, un certain nombre de chercheurs se sont intéressés aux conséquences à long terme de cette problématique sur la santé de la jeune victime devenue adulte, ainsi qu'à ses effets plus immédiats sur le développement des enfants et leur santé mentale. Mais l'impact de cette expérience néfaste sur la santé physique des enfants reste à élucider de façon plus concluante. La présente étude a donc pour but d'explorer l'impact sur plusieurs indicateurs de santé physique de l'exposition à la violence conjugale de type physique depuis la naissance chez les enfants québécois de trois ans et demi en moyenne, dans le volet 2001 des données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ).

1.1. Problématique

Au Canada, une proportion estimée à environ 10 à 20% des jeunes de moins de 18 ans auraient déjà été exposés à la violence conjugale.^{1 2} Le type d'agression en question peut varier de façon considérable en termes d'intensité, de fréquence et de gravité. De plus, l'expérience de la violence peut s'avérer plus ou moins directe selon la proximité de l'enfant à l'événement. Mais au-delà de ces différences, l'exposition à la violence est désormais reconnue comme une des expériences néfastes de l'enfance au même plan que l'abus et la négligence. Ses impacts au point de vue psychologique vont des troubles de comportements tels que colères et agressivité (troubles extériorisés) aux problèmes d'anxiété et de dépression (troubles intériorisés) ainsi qu'à un fonctionnement cognitif compromis.^{3 4 5 6}

Récemment, quelques études se sont penchées sur les effets possibles de l'exposition à la violence sur la santé physique des enfants. Des associations avec les blessures, les otites, l'asthme, un degré d'immunisation moindre, un index de problèmes physiques plus élevé et une perception maternelle plus négative de la santé de l'enfant ont été évoquées.^{7 8 9 10} Cependant le lien de causalité entre la santé physique et l'exposition à la violence est loin d'être établi et plusieurs difficultés méthodologiques ont été relevées.^{11 12}

On s'intéressera donc à la possibilité d'une association entre l'exposition à la violence conjugale et la présence des infections ainsi que des crises d'asthme. De plus, on examinera d'autres problèmes de santé relevés dans les écrits tels que la survenue des blessures depuis la naissance de l'enfant et la perception maternelle de la santé de l'enfant.

1.2. Objectifs de l'étude

- 1) Examiner si l'exposition à la violence conjugale de type physique depuis la naissance de l'enfant est associée de façon indépendante à la santé physique des enfants de trois ans et demi de l'ÉLDEQ.
- 2) Vérifier si l'effet de l'exposition à ce type de violence est modifié par des interactions avec certaines variables de contexte, notamment la pauvreté, le statut conjugal et le mode de garde.

1.3. Pertinence de la recherche

Au-delà de sa pertinence théorique, la présente recherche peut servir à éclairer le choix des interventions proposées aux jeunes victimes de la violence conjugale en termes de dépistage et de prévention de problèmes de santé dans l'enfance comme à plus long terme. En effet, la plupart

des auteurs s'accordent sur la nécessité d'améliorer le dépistage des familles vulnérables, base de toute intervention. Il est en effet reconnu que peu de praticiens incluent d'emblée des questions visant à détecter le phénomène.¹³ La diffusion des connaissances acquises par le milieu de la recherche doit servir à bonifier la pratique des professionnels concernés, en clarifiant les liens étroits qui relient à la santé des problèmes sociaux tels que la violence.

2- RECENSION DES ÉCRITS

2.1. L'exposition à la violence conjugale

Définition de l'exposition à la violence domestique

Concept inclusif qui ne présuppose pas que l'enfant ait été directement témoin de l'événement, le terme exposition à la violence a pris différentes significations selon les auteurs. Or ce concept naissant de l'association de ses deux composantes, soit l'exposition d'une part et la violence domestique d'autre part, il convient de définir chacune d'elles.

2.1.1. Violence domestique (également nommée violence entre partenaires intimes ou violence conjugale)

La violence entre partenaires intimes, selon la typologie présentée dans le Rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur la violence et la santé, s'inscrit dans la catégorie de la violence familiale et entre partenaires, elle-même un sous-ensemble de la violence interpersonnelle. Elle y est définie comme :

« tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques, ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation. Il s'agit entre autres des comportements suivants :

- Actes d'agression physique, comme des gifles, des coups de poing, des coups de pied et des volées de coups.
- Violence psychologique, comme le recours à l'intimidation, à l'humiliation et au rabaissement constant.
- Rapports sexuels forcés et autres formes de coercition sexuelle.
- Divers comportements autoritaires ou tyranniques, comme d'isoler une personne de sa famille et de ses amis, de surveiller ses faits et gestes, et de limiter son accès à toute aide ou information».¹⁴

Cette définition large inclut donc plusieurs actes d'abus autres que la seule violence physique. À cela, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ajoute les concepts de violence économique et spirituelle.¹⁵ Pour sa part, le code criminel canadien ne comporte pas d'infractions spécifiques à la violence familiale. Plusieurs infractions telles que voies de fait, agression sexuelle, harcèlement criminel, menaces et homicide peuvent toutefois lui être appliquées.¹⁶

La tendance actuelle consiste donc à faire état des multiples formes que peuvent prendre ces comportements visant à dominer ou contrôler son partenaire intime. Par ailleurs, la violence conjugale peut être perpétrée par les hommes comme par les femmes, que ce soit à l'intérieur d'un couple traditionnel ou d'un couple homosexuel. Cependant, les femmes sont plus à risque de subir des blessures ou des conséquences psychologiques.^{17 18} De plus la violence peut être réciproque ou non. Une étude montre que dans la moitié des relations violentes, la violence est réciproque et que la violence perpétrée par les femmes survient plus souvent dans un contexte de réciprocité.¹⁹

Au fil des ans, l'évolution de la définition de violence domestique s'est reflétée dans les instruments choisis pour la mesurer. Dans son article contrastant la définition légale de la violence familiale et son pendant en santé publique, Kilpatrick remarque que le choix de la définition et de l'instrument de mesure a un impact capital sur le calcul de la prévalence du problème.²⁰ Plusieurs auteurs^{21, 22} plaident pour une uniformisation des outils d'évaluation, tout en soulignant le défi que présente la quête d'instruments qui sauront mesurer le concept dans toutes ses dimensions, y compris la durée et la sévérité des agressions, le temps écoulé entre l'événement et sa mesure, la relation entre l'agresseur et sa victime et enfin la dimension plus qualitative de la perception par la victime de la gravité de la situation. C'est pourquoi Tjaden²³,

abondant dans le sens de Kilpatrick, prône l'utilisation en recherche de différents instruments de mesure et définitions.

2.1.2. Exposition de l'enfant

La réalité de l'enfant qui grandit dans un milieu violent peut varier considérablement d'une famille à l'autre. Le terme d'exposition à la violence permet donc de regrouper ces multiples expériences sous le chapeau d'un seul concept. Toutefois, comme pour la violence domestique, il est important de ne pas perdre de vue cette diversité dans le vécu des enfants afin de bien comprendre ce que l'on étudie et mesure. De fait, peu d'études sur le sujet décrivent de façon détaillée l'exposition dont il est question. Notant cette faiblesse méthodologique, Fantuzzo et Lindquist recommandent dès 1989 de développer un nouvel instrument mesurant à la fois la violence et l'exposition.²⁴ Reprenant cette idée, Holden (2003) propose de définir l'événement en termes de neuf caractéristiques. Celles-ci décrivent plus précisément le ou les incidents (type de violence, nature des actes spécifiques, présence ou non de blessures, escalade dans l'intensité, mode de résolution du conflit), les aspects temporels (fréquence, durée, âge de l'enfant) et les caractéristiques des individus en cause (type d'agresseur, relation de l'agresseur par rapport à l'enfant, rôle de la victime dans l'agression).

De plus, pour clarifier l'exposition, Holden propose une taxinomie comprenant dix catégories en terme du rôle joué par l'enfant et de sa proximité à l'événement. Celui-ci a-t-il été (1) exposé in utero? A-t-il (2) tenté d'intervenir ou plutôt (3) s'est-il joint à l'agresseur (participation active)? (4) Est-il lui-même victime d'abus physique? Par ailleurs l'enfant peut être témoin de différentes façons, soit (5) en voyant l'événement (témoin oculaire) ou (6) en l'entendant (témoin auditif). Il peut (7) en observer les effets immédiats ou (8) en subir les conséquences à plus long terme—par exemple en quittant son foyer pour une maison d'hébergement. Il est enfin possible que (9) son

exposition soit limitée au fait d'entendre parler de l'événement ou (10) qu'il n'en soit pas du tout conscient. Burka et al²⁵ proposent quant à eux trois niveaux d'exposition à la violence : primaire ou victimisation, secondaire, où la violence est vue ou entendue et tertiaire, où l'enfant n'assiste pas à l'événement mais apprend plutôt de seconde main que la personne a subi une agression grave.

Il faut toutefois noter que ces clarifications, quoique largement approuvées par la communauté scientifique sur le plan théorique, ne peuvent pas toujours être appliquées d'emblée. Des considérations éthiques, économiques ou pratiques peuvent limiter l'accès aux détails de l'événement. La notion de consentement tant du parent que de l'enfant soulève un questionnement éthique car la participation à l'étude ne doit pas causer de tort à la partie concernée. En particulier, tel que le souligne Cashmore,²⁶ quoique tout participant à une étude doit être informé de sa prérogative de se retirer à tout moment, les enfants en particulier peuvent ne pas se sentir à l'aise de le faire. De plus, l'enfant peut être trop jeune pour être interrogé. Dans un échantillon populationnel où la prévalence est probablement faible, il peut donc être inacceptable et troublant pour un enfant de se faire questionner à ce sujet. D'ailleurs, la victime et a fortiori l'agresseur ont leurs propres raisons de ne pas offrir de détails, comme de se protéger d'un jugement négatif, ou tout simplement parce qu'ils considèrent l'acte comme un accident ou la conséquence malheureuse de la consommation d'alcool par exemple.²⁷ De toute façon, parce que la présence de témoins tend à prévenir le passage à l'acte violent, il est souvent difficile de mesurer celui-ci autrement que par le seul rapport de la victime.

2.1.3. Prévalence de l'exposition à la violence

Entre 133 et 275 millions d'enfants sont témoins de violence dans leur famille chaque année

dans le monde.²⁸ Au Canada, les données de l'Étude Longitudinale Nationale sur les Enfants et les Jeunes (ELNEJ) suggèrent qu'environ 8% des enfants de deux à onze ans ont déjà été témoins de violence dans leur famille.²⁹ Selon Sudermann et Jaffe,³⁰ la prévalence se situerait entre 11 et 23% de tous les enfants canadiens de moins de 18 ans. Un certain écart existe également aux États-Unis où la prévalence estimée varie de 3,3 à 10 millions.³¹ Au moins un tiers des enfants américains auraient été témoins de violence entre leurs parents, la plupart du temps à répétition.³² En 1985, le National Family Violence Survey, une étude américaine rétrospective par sondages téléphoniques, conclut que 116 femmes sur 1000 subissent annuellement un acte de violence de la part d'un partenaire intime et 34 sur 1000 sont victimes de violence sévère.³³ La violence sévère y est définie comme le fait de a) frapper avec le poing ou le pied, mordre, b) battre c) étouffer d) menacer ou frapper à l'aide d'un couteau ou une arme à feu.

Autre étude américaine, le National Crime Victimization Survey précise qu'un ou plusieurs enfants de moins de douze ans résident dans plus de 43% des foyers violents. Par ailleurs, le National Longitudinal Couples Survey de 1995 indique que plus d'un couple américain sur cinq a traversé au moins un épisode de violence conjugale dans l'année précédente.³⁴ Quoi qu'il en soit, les auteurs s'accordent pour dire que ces estimés sont vraisemblablement conservateurs. D'une part, tel qu'expliqué ci-haut, les données sur la prévalence sont limitées par le manque de cohérence et de précision quant à ce qui constitue de la violence domestique, de l'exposition à celle-ci, ainsi que par le peu de diversification des sources.³⁵ Elles ne tiennent pas compte des cas non déclarés et se basent de façon prépondérante sur les dires des parents. Par ailleurs, les chiffres avancés sont souvent acquis par le biais de sondages téléphoniques, lesquels ne rejoignent pas la section de la population cible itinérante ou hébergée dans des refuges.

2.2. Effets de l'exposition à la violence sur les enfants

2.2.1. Santé mentale

Les enfants sont affectés par la violence domestique sans équivoque et de différentes manières. Selon Jaffe et al.³⁶, la violence familiale affecte directement l'enfant en l'exposant à plusieurs formes d'abus, modelant ainsi un fonctionnement basé sur l'agression, au coeur même du phénomène du cycle de la violence. De plus, elle a un effet indirect parce qu'elle perturbe le fonctionnement familial et interfère avec la capacité des parents d'offrir des interactions positives et cohérentes à leurs enfants.

Les impacts de la violence sur la santé mentale des enfants sont bien documentés³⁷. Ils prennent la forme de troubles extériorisés et intériorisés. L'extériorisation se manifeste par des comportements agressifs et antisociaux tels que désobéissance, agressivité et crises de colère. Par intériorisation, on entend peurs, phobies, anxiété, dépression, énurésie et faible estime de soi. Plusieurs auteurs estiment que les fillettes sont plus à risque de présenter des troubles intériorisés et les garçons des troubles extériorisés. Les enfants peuvent aussi présenter des problèmes scolaires et un retard sur le plan des habiletés motrices, verbales et cognitives.^{4,38,39} La capacité de l'enfant à évaluer et gérer les conflits est affectée à long terme.⁴⁰

Selon l'Institut national de santé publique du Québec,⁴¹ plus de la moitié des enfants exposés à la violence conjugale répondent à tous les critères du syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Un nombre moindre de symptômes de stress post-traumatique sont aussi présents chez la majorité des autres enfants. Lehmann⁴² rapporte également que plus de la moitié des sujets d'un échantillon de 84 enfants d'en moyenne onze ans recrutés dans un refuge pour victimes de violence conjugale présentent les critères du SSPT. Les symptômes du SSPT incluent notamment

troubles du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance et souvenirs envahissants de l'événement.⁴³ Parmi les causes reconnues du syndrome de choc post-traumatique, on retrouve l'abus, l'exposition à des catastrophes naturelles ou causées par l'homme, et l'exposition à la violence. Notons toutefois que dans une méta-analyse publiée en 2003, Wolfe et al. affirment que le lien entre l'exposition à la violence conjugale et le SSPT demeure à établir de façon concluante.⁴⁴

2.2.2. Santé physique : Physiologie de la réponse de stress

La recherche portant sur les problèmes de santé physique consécutifs à l'exposition à la violence demeure relativement succincte et peu spécifique. On s'intéressera d'abord aux mécanismes physiologiques à l'œuvre avant de présenter les études pertinentes quant au sujet de la présente recherche.

Outre ses impacts sur la santé mentale, le stress (dont l'exposition à la violence) a également un impact sur la santé physique. En effet, la réponse de stress a un effet délétère sur la réactivité hypothalamo-pituitaire et provoque des changements au niveau de la sécrétion de cortisol.⁴⁵ Un état de stress chronique peut entraîner une diminution de la réponse de l'axe HPA et de la sécrétion de cortisol, avec pour conséquence une augmentation de la production des cytokines inflammatoires normalement contrôlées par le cortisol.⁴⁶ Plusieurs facteurs tels que l'âge de l'enfant, la réponse parentale, le type de mauvais traitement de l'enfant et son exposition subséquente à d'autres stressors peuvent contribuer à la dysfonction de l'axe HPA.⁴⁷ D'autres systèmes sont également affectés, dont les fonctionnements sérotonique, sympathico-adrénomédullaire et le locus coeruleus-norépinephrine.¹⁷

La chronicité du stress peut donc avoir un effet sur le processus immunitaire, entraînant une vulnérabilité accrue de l'enfant aux infections en particulier. Wyman et al.⁴⁸ rapportent ainsi une association entre le nombre total de maladies et de maladies fébriles chez les enfants dont les parents avaient un nombre élevé de symptômes psychiatriques reliés au stress chronique (dont l'exposition à la violence) ainsi que des modifications de la fonction des lymphocytes NK de ces enfants.

2.2.3. Asthme, allergies et réponse immunitaire

L'asthme est défini comme :

«une affection caractérisée par des symptômes paroxystiques ou persistants comme la dyspnée, l'oppression thoracique, la respiration sifflante, la production de mucus et la toux, associés à une obstruction bronchique variable et à une hypersensibilité des voies aériennes à divers stimuli endogènes ou exogènes. >>.⁴⁹

Au Canada, 12,2% de la population des moins de 20 ans souffrent d'asthme selon l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997. La fréquence de l'asthme est toutefois plus faible chez les enfants de moins de 4 ans (8,2%) et chez les filles dans le groupe des moins de 15 ans (9,5% vs 13,3% pour les garçons).⁵⁰

Les facteurs de risque comprennent des éléments prédisposants (atopie, sexe, génétique), étiologiques (allergènes intérieurs et extérieurs, sensibilisants), favorisants (infections respiratoires, pollution atmosphérique, tabagisme, faible revenu) et déclenchants (notamment le stress).⁵¹

Plusieurs auteurs ont étudié le rôle des facteurs psychosociaux et autres éléments de stress dans la pathogenèse et la symptomatologie de l'asthme chez l'enfant, analysant les contributions du système endocrinien, des mécanismes autonomiques, des infections respiratoires. Ainsi, selon

Wright et al.⁵², l'exposition à des stress pendant la petite enfance pourrait entraîner des changements au niveau de la réactivité immunitaire des enfants à risque, potentialisant ainsi leur réponse inflammatoire. Dans une étude menée auprès de 499 familles, ils ont examiné les relations entre le stress parental tel que mesuré par le Perceived Stress Scale (PSS) et plusieurs marqueurs de la réponse immunitaire d'enfants prédisposés à l'atopie dans une cohorte de naissance. Ils en concluent que l'exposition à un stress chronique dans l'enfance pourrait influencer la réponse immunitaire en augmentant la réponse allergique spécifique, notamment par une production accrue de facteur nécrosant des tumeurs TNF- α , une diminution de la production des interférons gamma (IFN- γ) et une augmentation de l'expression des immunoglobulines E (IgE). Les cytokines pro-inflammatoires (dont les IFN- γ et les TNF- α), les catécholamines (épinephrine, norépinephrine et dopamine) et les glucocorticoïdes (dont le cortisol) sont considérés comme les principaux messagers entre le système nerveux et le système immunitaire dans la réponse de stress.⁵³

Chen et al.⁵⁴ ont étudié les associations entre le statut socioéconomique, le stress psychologique et les processus immunitaires de l'asthme. Leurs résultats indiquent que l'association entre le SSE et la réponse immunitaire diffère selon que l'enfant souffre ou non d'asthme. De plus, leurs résultats positionnent le stress psychologique en tant que variable médiatrice dans la relation SSE-augmentation de la réponse inflammatoire des enfants souffrant d'asthme.

Pour Liu et al.,⁵⁵ le stress associé à la période d'examen finaux chez des étudiants universitaires augmenterait la réponse allergique, plus spécifiquement l'eosinophilie des voies respiratoires provoquée par l'inhalation d'allergènes. Cela se manifesterait par une diminution du volume d'expiration forcée. Ils concluent que le stress semble agir comme cofacteur de la réaction

allergique, lequel amorcerait ou augmenterait la réponse des voies respiratoires à un second stimulus, soit l'antigène.

Seng et al. se sont intéressés à l'effet du syndrome de stress post-traumatique sur la santé des adolescentes et des petites filles et ont trouvé une association significative entre le fait d'avoir reçu un diagnostic de SSPT et divers problèmes de santé. Le ratio de cotes de comorbidité physique était encore plus élevé si le syndrome de choc post-traumatique était aggravé par une condition psychiatrique telle que dépression ou un trouble de personnalité limite.⁵⁶

Si l'on s'intéresse de façon plus spécifique à la violence, les rares études recensées vont dans le même sens. Ainsi, Kérouac et al rapportaient en 1986 une différence significative entre le taux d'otites chez un groupe d'enfants résidant dans huit refuges pour femmes battues de la région de Montréal et le taux prévalant dans la population québécoise des jeunes de moins de quinze ans.⁵⁷

De leur côté, Attala et Summers ont comparé un groupe d'enfants exposés à la violence à un groupe de non exposés sur un index composé de six indicateurs de santé (hémoglobine, plombémie, accidents, poids, examen physique et immunisation). L'échantillon comprenait 53 enfants âgés de 22 à 72 mois et résidant dans des refuges pour femmes battues, qui ont été comparés à 62 témoins des mêmes âge et échelon social recrutés au département de santé du comté. Elles ont trouvé que les enfants exposés étaient moins immunisés, plus à risque d'avoir un examen physique anormal et présentaient un index composé de problèmes physiques plus élevé.⁵⁸

2.2.4. Blessures

Dans une dispute familiale, les enfants peuvent subir des blessures, intentionnelles ou pas, en se retrouvant entre l'assaillant et sa victime ou en étant eux-mêmes victimes d'abus. Quoique leurs causes soient multiples, on distingue deux grandes catégories de blessures: accidentelles et intentionnelles (auto-infligées ou infligées à d'autres). Les enfants qui grandissent dans un milieu violent sont à risque de subir les deux types de blessures.

Au Canada, les blessures sont en 2006 la première cause de mortalité des enfants de 0 à 5 ans excluant les causes néonatales. Ils expliquent en effet 7% des décès dans cette population.⁵⁹ Mille deux cent quatre-vingt jeunes canadiens de moins de 20 ans ont perdu la vie à cause de blessures en 1996.⁶⁰ De plus, selon Herbert et al.⁶¹, ce nombre n'est que la pointe de l'iceberg car pour chaque décès, on compte 40 hospitalisations et environ 670 consultations à l'urgence. Une étude menée en Californie rapporte que pour la période 1996-1998, les enfants d'environ 40 mois ont un taux annuel d'hospitalisation pour blessures et de décès proche de 300 pour 100 000.⁶² Selon cette même étude, les causes de blessures chez les moins de 4 ans sont, en ordre décroissant de fréquence, les chutes, empoisonnements, transports, objets étrangers, brûlure, abus et négligence, submersion et noyades, morsures et piqûres, coupures et coups (présumément autres que reliés à de l'abus). Notons toutefois que le nombre de blessures reliées à la violence familiale est sans doute supérieur. En effet, les lacunes persistant au niveau de la documentation des traumatismes pédiatriques ne permettent pas de distinguer entre l'accidentel et l'abus.^{63, 64, 65}

Christian et al se sont intéressés aux causes, types, sites et sévérité des blessures subies par les enfants dans un contexte de violence domestique. Ils ont trouvé que le mécanisme le plus courant

de blessure est le coup direct (36%), le plus souvent à la tête (25%), au visage (19%) ou aux yeux (18%). Près de 60% des enfants de moins de deux ans blessés le sont alors qu'ils se trouvent dans les bras d'un parent. Enfin 39% des enfants sont blessés en tentant d'intervenir, pourcentage qui grimpe à 78% chez les adolescents.⁶⁶

2.2.5. Perception maternelle de la santé de l'enfant

Se basant sur les données de L'ELNEJ portant sur les enfants de zéro à onze ans, Onyskiw rapporte que la proportion d'enfants exposés à la violence familiale considérés en excellente santé par leur mère est moindre que chez les non-exposés. De plus, un nombre significatif d'exposés présentent des conditions de santé ou des problèmes affectant leur participation à des activités normales pour un enfant de cet âge.⁶⁷

Un modèle présentant le cheminement causal par lequel santé mentale et physique sont affectés est proposé par Repetti et al⁶⁸ et présenté en annexe. Ce modèle intègre les impacts physiologiques du stress dans la relation entre le milieu dont sont issus les enfants et leurs problèmes de santé. En effet, il postule que certains facteurs génétiques interagissent avec le contexte social pour produire un environnement familial à risque pour la santé des enfants. Cet environnement caractérisé entre autres par la présence de conflits et de violence provoque dès la petite enfance des adaptations du système de régulation du stress. Ces dysfonctions du système neuroendocrinien, directement ou combinées à des processus émotionnels et sociaux ainsi qu'à des comportements à risque, peuvent entraîner des problèmes de santé physique et mentale dont les effets s'échelonnent de la petite enfance à l'adolescence et à l'âge adulte. Le modèle initial de Repetti présente donc une chronologie de l'évolution des problèmes qui dépasse le stade de la

petite enfance auquel nous nous intéressons. Mais considérant que des réactions de stress apparaissent déjà à l'âge préscolaire, et que des problèmes de santé mentale et de comportement sont décrits pour cette population, il y a lieu de s'interroger sur l'apparition dès cet âge de problèmes de santé physique liés à l'exposition à la violence dans leur milieu familial.

2.2.6. Répercussions à l'âge adulte de l'exposition à la violence dans l'enfance

Le modèle de Repetti et al concorde avec les résultats d'une étude sur les expériences néfastes de l'enfance menées aux États-Unis par Felitti et al. Cette étude, intitulée « adverse childhood experiences (ACE) study », met en lumière une association à la fois forte et proportionnelle entre les causes de mortalité de l'adulte les plus courantes et le fait d'avoir été exposé pendant l'enfance à une ou plusieurs expériences néfastes telles qu'exposition à la violence et abus physique, sexuel ou émotif.⁶⁹ Par contre, Bensley et al. ne trouvent pas de lien entre la seule expérience d'exposition à la violence dans l'enfance et la santé de la femme adulte, contrairement à l'abus physique ou à la combinaison de plusieurs expériences néfastes.

Un lien souvent évoqué dans les écrits, dont l'étude de Whitfield et al⁷⁰, concerne l'association entre l'exposition à la violence domestique dans l'enfance et le fait d'en devenir victime (pour les femmes) ou agresseur (pour les hommes) à l'âge adulte. Ainsi, Bensley et al. trouvent que les femmes ayant subi de l'abus physique ou de l'exposition à la violence conjugale dans l'enfance sont de quatre à six fois plus susceptibles de subir de la violence domestique.⁷¹ Une autre étude⁷² ne met par contre pas en lumière d'association entre l'exposition à la violence dans l'enfance et le fait de subir de la violence conjugale pendant le mois précédant la collecte de données. Du propre aveu des auteurs, cette étude ne mesure toutefois pas la violence domestique à vie, ce qui

peut avoir un impact sur les résultats. Néanmoins, ils postulent que le cycle de violence serait perpétué parce que les enfants exposés à la violence tendent à devenir eux-mêmes violents.

2.3. Exposition à la violence et autres formes d'abus.

Le fait de définir l'expérience néfaste à la fois en termes d'exposition à la violence et d'abus n'est pas fortuit car il peut être difficile de les distinguer l'une de l'autre. En effet, selon le Senate Hearing américain de 1990, les enfants exposés à la violence conjugale sont quinze fois plus à risque que la moyenne des enfants américains de subir de l'abus physique ou de la négligence.⁷³ Ernst et al. trouvent que les adultes ayant été exposés à la violence conjugale dans l'enfance étaient neuf fois plus susceptibles d'avoir subi de l'abus que les non exposés.⁷⁴ Autrement dit, 40 à 70% des enfants exposés à la violence conjugale seraient aussi victimes d'abus.^{75, 76} McGuigan et al⁷⁷ rapportent qu'indépendamment des facteurs de risque d'abus connus, les familles ayant traversé des épisodes de violence domestique pendant les six premiers mois de vie d'un enfant sont trois fois plus à risque d'abuser physiquement de celui-ci avant son cinquième anniversaire. Il existe de plus, selon ces mêmes auteurs, une association significative entre l'exposition à la violence de l'enfant et la négligence ainsi que l'abus psychologique à son égard.

2.4. Facteurs de risque de violence familiale

Plusieurs facteurs sont mis de l'avant pour tenter d'identifier les milieux les plus à risque de violence. Parmi ceux-ci notons un niveau d'éducation inférieur au diplôme secondaire, un niveau de revenu faible, le jeune âge du couple, une histoire d'abus durant l'enfance et la présence de

jeunes enfants.^{78,79} L'ethnicité comme telle ne fait pas consensus en tant que facteur de risque, notamment à cause du fait qu'elle est corrélée à la pauvreté et au chômage.⁸⁰ L'alcool est fréquemment présent dans les milieux violents. Pour certains chercheurs, il est un agent désinhibant favorisant le passage à l'acte et pour d'autres un symptôme qui, tout comme la propension à être violent, découlerait d'un troisième facteur (personnalité, statut socioéconomique).⁸¹

2.5. Impact de la pauvreté

2.5.1. Pauvreté et santé

La pauvreté absolue est définie comme une situation économique qui ne permet pas de combler les besoins de base de la famille et de l'enfant, tels que de se nourrir, se vêtir et se loger. Cette situation étant marginale dans les pays industrialisés, les chercheurs ont développé la notion de pauvreté relative, qui indique le fait de ne pas pouvoir fonctionner comme le reste de la société. Un indicateur de pauvreté relative fréquemment utilisé est le seuil de faible revenu, lequel est défini comme un revenu annuel qui amène un ménage à dépenser 20% de plus que le ménage canadien moyen de taille équivalente pour les besoins essentiels que sont la nourriture, le logement et les vêtements.^{82 83 84} Selon Statistiques Canada, 12,4% des enfants de moins de 18 ans au pays vivaient sous le SFR en 2003.⁸⁵

La pauvreté est un facteur de risque bien connu pour la santé des enfants, notamment pour des raisons de nutrition, de stress, de relations familiales ainsi que d'accès aux soins, d'environnement à la maison et dans le quartier résidentiel.⁸⁶ Dans un article portant sur la cohorte de l'ÉLDEQ, Séguin et al⁸⁷ ont trouvé une association significative entre tous les indicateurs de santé chez les enfants de deux ans et demi et la pauvreté familiale mesurée par un

score de manque d'argent pour combler les besoins de base. Les problèmes de santé à l'étude étaient 1) les infections aiguës (infections des voies respiratoires supérieures, otites de l'oreille moyenne, gastroentérites ou autres infections), 2) la survenue d'au moins un épisode d'asthme dans les 12 mois précédents, 3) les hospitalisations d'une ou plusieurs nuits dans les 12 mois précédents, 4) le retard de croissance 5) un index composé de problèmes de santé à 29 mois.

Aux États-Unis, on fait le même constat : selon Halfon et Newachek, les enfants pauvres de 0 à 5 ans ont une probabilité accrue de 36% de souffrir d'asthme par rapport à leurs congénères plus fortunés.⁸⁸ On peut attribuer au moins partiellement cette augmentation du risque à la qualité de l'air intérieur. Il est en effet connu qu'un milieu plus insalubre en termes d'humidité, de présence de moisissures et d'allergènes (poussières de mites et coquerelles) est associé à une augmentation de l'asthme de l'enfant.⁸⁹

2.5.2. Pauvreté et violence

La pauvreté constitue un facteur de stress familial souvent associé à une prévalence accrue de violence domestique, en particulier lorsqu'elle est combinée à un faible niveau d'éducation ainsi qu'à un statut d'emploi défavorable. Les femmes, plus souvent dépendantes financièrement que les hommes, courent ainsi un risque accru d'être contraintes à demeurer dans une relation abusive.⁹⁰

Chez les enfants pauvres, le lien entre l'exposition à la violence et autres stress traumatiques d'une part et la santé d'autre part respecterait une relation dose-réponse, selon Graham-Bermann et Seng.⁹¹ Non seulement l'exposition à la violence est associée de façon indépendante au fait d'avoir des problèmes de santé, mais les auteurs avancent que le fait de présenter des réactions

de stress traumatique, ainsi que d'avoir une mère souffrant de problèmes de santé, interagiraient pour modifier de façon additive cette association. Graham-Bermann et Seng postulent que:

'Since the rates of violence and posttraumatic stress are higher among poor and mother-headed households, it is possible that some of the higher morbidity attributed to poverty (...) may, in fact be more accurately attributable to violence against women and children, to community violence, to maternal health compromised as a sequelæ of victimization and chronic stress, and to the child's own traumatic symptoms.'⁹²

2.5.3. Pauvreté, style parental et santé

Brooks-Gunn et Duncan soulignent que la pauvreté semble liée à une qualité d'interaction parent-enfant moindre et une utilisation accrue de pratiques parentales sévères, lesquelles constituent à leurs yeux un élément important du cheminement causal entre pauvreté et santé des enfants.⁹³ Grant et al. trouvent également une association (quoique plus faible que prévue) entre pauvreté et stress économique, discipline inconséquente et troubles extériorisés dans un échantillon d'adolescents afro-américains urbains.⁹⁴ Dubowitz et al. rapportent que la dépression maternelle et un style parental sévère sont directement associés aux troubles extériorisés et intériorisés de leurs enfants. En effet, lorsqu'elles sont victimisées, les femmes sont possiblement moins disponibles et attentionnées à l'égard de leurs enfants.⁹⁵

Par contre une bonne qualité de la relation parent-enfant pourrait avoir un effet modérateur quant à l'impact de la violence conjugale sur le niveau d'adaptation de l'enfant.⁹⁶

2.6. Critique méthodologique des études recensées

La plupart des recensions des écrits font état de faiblesses méthodologiques qui limitent la validité des connaissances actuelles sur la question de l'exposition à la violence en général, et sur ses impacts sur la santé physique des enfants en particulier. Parmi les limites citées par Bair-

Merritt et al. ainsi que Fantuzzo et Lindquist, on retrouve: manque de rigueur sur le plan de la définition des termes, faible taille d'échantillon et absence de calcul de puissance, absence de spécification du modèle théorique, manque de prise en considération de variables de confusion et d'interaction potentielles. Les variables intermédiaires sont souvent traitées comme des variables de confusion ce qui atténue l'association entre l'exposition à la violence et la santé.⁹⁷ De plus, la majorité des enquêtes, comme celles de Attala et al.^{98, 99} ou de Kérouac ont été menées auprès d'enfants recrutés dans des maisons d'hébergement, ce qui rend leur représentativité douteuse. En effet, on postule que le fait d'avoir cherché refuge à l'extérieur du domicile reflète une situation différente, soit une plus grande sévérité ou durée de violence conjugale¹⁰⁰ plus de dépression chez la mère ou encore un plus grand désir de quitter la relation violente. D'autre part les caractéristiques des enfants des refuges sont plus facilement identifiables que celles de la population dite cachée.

La question du manque de diversification des informateurs préoccupe également les chercheurs. En effet si un seul informateur est utilisé, jusqu'à quel point est-il fiable? O'Brien et al.¹⁰¹ se sont intéressés à la concordance entre les rapports des parents concernant la survenue d'épisodes de violence conjugale et le fait que les enfants aient été témoins de celle-ci. De plus, ils ont voulu savoir si les parents sont en accord avec leurs enfants quant à l'exposition de ceux-ci. Ils ont recruté dans la communauté de Los Angeles un échantillon de 181 familles biparentales avec au moins un enfant âgé de 8 à 11 ans. Leurs analyses confirment qu'il serait préférable d'utiliser plusieurs sources d'information à cause du manque de concordance entre les sources d'une part et du fait que les personnes interrogées ont plus de raisons de cacher les incidents que de les rapporter. Étant donné qu'il n'est pas toujours possible d'obtenir le témoignage de l'enfant, ils proposent des critères de décision utiles. Ainsi, ils définissent plusieurs seuils d'inclusion dans le

groupe des exposés. À un extrême, le seuil le plus bas de classification dans le groupe des exposés est celui où seul un parent rapporte une agression physique que l'enfant n'a présumément pas vue et l'autre parent n'en rapporte pas. À l'autre extrême -le seuil le plus élevé- les deux parents rapportent de la violence, probablement vue par l'enfant. Selon cette classification, au seuil le plus bas environ quatre enfants sur cinq rapportant avoir été témoins sont correctement identifiés, mais deux sur cinq vrais négatifs sont catégorisés comme exposés. Au seuil le plus haut, il n'y a pratiquement aucun faux positif mais moins d'un sur quatre vrais positifs est correctement classifié. Ils recommandent donc de choisir le seuil en fonction de l'objectif visé par l'étude. Ainsi lorsque l'objectif est de classifier les enfants dont on a la certitude qu'ils n'ont pas été exposés à la violence conjugale, mieux vaut utiliser donc un seuil bas car le chercheur est moins préoccupé par les faux positifs. Par contre si l'objectif est de n'inclure que les enfants ayant très probablement été témoins de violence, les faux positifs deviennent très importants et il est donc préférable de choisir un seuil élevé.

De leur côté, Kuo et al.¹⁰² ont mené une étude multi-niveaux portant sur les effets des facteurs de risque démographiques sur l'exposition à la violence d'enfants de neuf, douze et quinze ans et comment ces effets varient selon les informateurs, soit les parents d'une part et les enfants eux-mêmes d'autre part. La population à l'étude était composée de 1880 enfants et 1776 parents et faisait partie du Project on Human Development in Chicago Neighborhoods (PHDCN). Leurs résultats indiquent que les parents rapportent généralement moins d'exposition à la violence que leurs enfants et que l'association entre l'exposition à la violence et l'âge et le genre de l'enfant ainsi que l'éducation des parents est plus forte selon les rapports des enfants eux-mêmes que selon ceux de leurs parents. Dans cette étude, la violence n'était pas limitée à sa variante

conjugale, mais incluait des événements vécus par d'autres personnes connues de l'enfant. Une partie de la différence entre les informateurs peut donc être attribuée au fait que les parents n'étaient ni partie prenante ni au courant de l'incident. Cependant les auteurs critiquent la méthode utilisée par les études précédentes qui, en faisant la moyenne des scores des différents informateurs, ont probablement atténué l'association entre l'exposition à la violence et les facteurs de risque tels que le niveau d'éducation des parents. Ils recommandent donc l'utilisation des parents comme informateurs pour les jeunes enfants mais favorisent les données auto-rapportées pour les adolescents.

2.7. Résumé de la recension des écrits

En résumé, on peut dire que l'exposition à la violence conjugale est un problème relativement fréquent pour les enfants, même si sa prévalence exacte demeure difficile à établir. Cette exposition constitue un facteur de stress qui a des conséquences sur la santé mentale, le comportement et le développement de l'enfant. Concernant sa santé physique, quelques études avancent des effets allant d'une perception maternelle de la santé de l'enfant et un index de santé plus négatifs à une prévalence accrue de blessures et d'otites. Ces études présentent toutefois certaines faiblesses méthodologiques. Parmi celles-ci, on retient la rareté d'un modèle conceptuel servant de base théorique, le manque de prise en compte des variables de confusion, la faible taille des échantillons à l'étude souvent recrutés dans des maisons d'hébergement pour victimes de violence conjugale et donc peu représentatifs de la population en général. Ces limites constituent des éléments dont on tient compte dans la détermination des objectifs de recherche suivants.

3- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

1. Examiner si l'exposition à la violence conjugale de type physique depuis la naissance de l'enfant est associée de façon indépendante à la santé physique des enfants de trois ans et demi de l'ÉLDEQ.
2. Vérifier si l'effet de l'exposition à ce type de violence est modifié par des interactions avec certaines variables de contexte, notamment la pauvreté et le statut conjugal de la mère.

4- MODÈLE THÉORIQUE

Dans le cadre de cette étude, on s'appuie sur le modèle présenté en annexe, dérivé du modèle de Repetti et al.¹⁰³, repris et simplifié par Bair-Merritt et al.¹⁰⁴ Ce modèle, décrit plus haut, nous a donc guidées dans la construction du modèle empirique présenté ci-après et le choix des problématiques de santé physique à l'étude.

Ainsi les problèmes de santé de l'enfant étudiés comprennent les crises d'asthme, les infections, les blessures et la perception maternelle de la santé de l'enfant. Les deux premières problématiques sont couramment associées à une atteinte du système immunitaire. Les blessures quant à elles sont une problématique commune chez l'enfant et se retrouvent fréquemment en présence de violence conjugale. La perception maternelle de la santé de l'enfant, quant à elle, peut représenter un indicateur synthèse de la santé physique de l'enfant.

Les facteurs associés tant aux problématiques de santé qu'à l'exposition à la violence conjugale comprennent des caractéristiques de l'enfant, de la mère et du milieu. Les caractéristiques de

l'enfant incluent son âge, son sexe ainsi que son mode de garde. Les caractéristiques de la mère sont l'âge, le niveau de scolarité, le statut d'immigrant et le statut conjugal. Enfin les caractéristiques du milieu incluent le niveau de suffisance du revenu ainsi que l'utilisation de pratiques coercitives.

Exposition à la violence conjugale de type physique et
santé de l'enfant – ELDEQ
Modèle empirique
Blessures

Pauvreté
Statut conjugal de la mère

**Exposition à la violence
conjugale de type physique**

**Santé physique de
l'enfant :**
Blessures

Variables de contrôle

Caractéristiques de l'enfant

Sexe

Âge

Mode de garde

Caractéristiques mère :

Âge

Niveau de scolarité

Statut d'immigrant

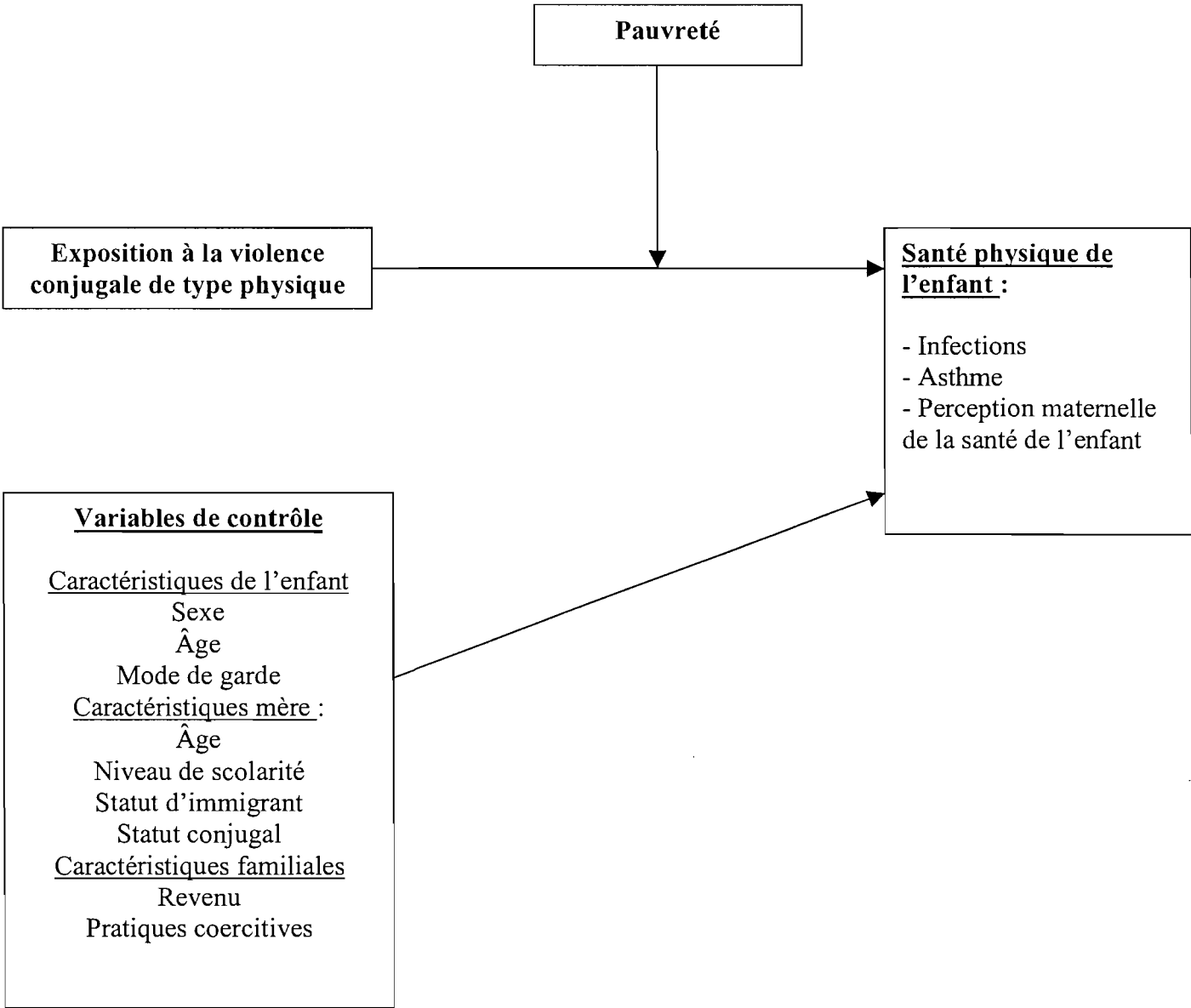
Statut conjugal

Caractéristiques familiales

Revenu

Pratiques coercitives

Exposition à la violence conjugale de type physique et
santé de l'enfant – ELDEQ
Modèle empirique
Infections, Asthme,
Perception maternelle de la santé de l'enfant



En somme, cette recherche a pour objectif d'examiner l'association entre l'exposition à la violence conjugale de type physique et les problèmes de santé des enfants d'un échantillon d'envergure représentatif de la population des enfants nés au Québec en 1997-1998. Le grand nombre de variables documentées permet de prendre en compte les principales variables de contexte pertinentes. Ainsi, on examine le rôle de l'exposition à la violence en lien avec plusieurs variables de contrôle importantes tout en se penchant sur les possibilités d'interaction de cette exposition avec certaines de ces variables quant à la survenue des problèmes de santé à l'étude.

Les variables d'interaction choisies, soit la pauvreté et le statut conjugal de la mère, reflètent les hypothèses suivantes :

1) Selon plusieurs auteurs, les enfants provenant de familles monoparentales sont à risque accru de blessures^{105 106}. Différentes raisons peuvent expliquer ce phénomène, dont la difficulté relative pour ces mères de procurer à leurs enfants un environnement stable et sécuritaire et de les superviser adéquatement. L'ajout des difficultés inhérentes à la situation de mère monoparentale à un passé de violence conjugale constitue pour la mère une source additionnelle de stress. Dans un tel contexte, l'enfant risque de se trouver plus souvent laissé à lui-même et exposé à plus de situations à risque de blessures. Nous postulons donc que l'association entre la violence conjugale et le risque de blessures des enfants sera modifiée par le statut conjugal de la mère.

2) Tel que nous l'avons discuté plus haut, la pauvreté est un déterminant majeur de la santé physique des enfants. La recension des écrits montre en effet que les enfants pauvres présentent un risque accru de blessures, d'asthme et d'infections aiguës des enfants. Or, selon Séguin et al.¹⁰⁷, la vulnérabilité accrue des enfants pauvres pourrait être le résultat de l'effet à long terme

du stress sur leur système immunitaire. Dans ce contexte, il est possible que l'addition des facteurs de stress puisse compromettre non seulement la capacité du milieu à combler les besoins physiques et affectifs de l'enfant mais aussi la capacité de résilience de ce dernier. Nous postulons donc que l'effet de l'exposition à la violence conjugale sur les différentes mesures de santé physique de l'enfant est majoré dans un contexte de pauvreté.

5- MÉTHODOLOGIE

5.1. Devis de recherche

Étude transversale analytique exploratoire portant sur une cohorte représentative d'enfants nés au Québec en 1997-1998 et suivis annuellement. Les données du volet 2001 (E4) de l'ÉLDEQ lorsque les enfants étaient âgés de 3 ans ½ ont été utilisées aux fins de cette étude. Ces données ont été recueillies par la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec.

5.2. Échantillon et critères d'inclusion

Le volet E4 de l'ÉLDEQ porte sur 1950 ménages ayant maintenu en 2001 leur participation à l'ÉLDEQ.¹⁰⁸ L'échantillon initial de 1998 était basé sur le fichier maître des naissances du MSSS et est représentatif des naissances simples au Québec en 1997-1998 à l'exclusion des naissances de mères vivant dans le territoire Nord du Québec, dans les territoires cris et inuit et dans les réserves indiennes, des bébés dont l'âge gestationnel était inconnu et des prématurés de moins de 24 semaines ainsi que de ceux dont on ne connaissait pas l'âge gestationnel. Les exclus totalisent 3,4% de toutes les naissances vivantes de mères résidant au Québec en 1997/1998.

Cet échantillon initial comprenait 2120 familles incluant un bébé d'environ 5 mois et les familles devaient pouvoir répondre à un questionnaire en français ou en anglais.

5.3. Procédure de cueillette des données

Quatorze instruments disponibles sur le site WEB de la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec (<http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/index.htm>) ont été utilisés pour la cueillette des données. Les instruments retenus pour les fins de cette étude sont le Questionnaire informatisé rempli par l'intervieweur (QIRI), le Questionnaire papier rempli par l'intervieweuse (QPRI) et le Questionnaire auto administré de la mère (QAAM).

5.4. Instruments de mesure

Le QIRI contient environ 600 variables sur des thèmes aussi nombreux que variés (renseignements socio-économiques, conditions et habitudes de vie, problèmes de santé, etc.). De même que le QPRI, il est administré à la personne qui connaît le mieux l'enfant (la mère dans 98,4% des cas). Le QAAM est rempli par la mère et comprend 88 variables sur des variables comme les difficultés vécues par la mère, le soutien apporté par le conjoint, les relations mère - enfant et la violence conjugale qu'elle a subie.

5.5. Considérations éthiques

Les données utilisées étant dénominalisées, l'anonymat est respecté. De plus, cette recherche est issue d'un projet plus vaste sur les données de l'ÉLDEQ lequel a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. La procédure exceptionnelle d'exploitation des données de l'ÉLDEQ mise en place pour les chercheurs principaux a été utilisée. (Annexe 3).

5.6. Définition des variables

5.6.1. Variable indépendante principale

L'exposition à la violence domestique constitue la variable indépendante. La mesure de la violence conjugale subie et rapportée par la mère est utilisée comme proxy de l'exposition de l'enfant à la violence domestique. Dans la présente recherche, l'instrument choisi est dérivé du 'Abuse Assessment Screen', lequel mesure des aspects de violence physique et psychologique ainsi que des aspects temporels. Le 'Abuse Assessment Screen' est un outil valide et fiable.^{109, 110} Il n'offre par contre pas de détails sur l'exposition spécifique de l'enfant.

Les questions dérivées du 'Abuse Assessment Screen' qui ont été posées dans le Questionnaire auto-administré de la mère (QAAM) sont les suivantes : (1) Depuis la naissance de votre enfant, avez-vous été frappée, giflée, reçu un coup de pied ou autrement été blessée physiquement par quelqu'un (oui/non); (2) Par qui avez-vous été blessée physiquement? (voir détails en annexe). On a donc retenu uniquement les cas de violence de type physique pour les analyses. Par la suite, on a sélectionné les cas dont l'agresseur était identifié comme étant le partenaire intime de la mère.

5.6.2. Variables dépendantes :

Les variables dépendantes portent sur la santé physique de l'enfant et comprennent les blessures, les infections, les crises d'asthme et la perception maternelle de la santé de l'enfant. Leur opérationnalisation est décrite ci-dessous.

1- **Blessures.** Pour les fins de ces analyses, on a utilisé la variable créée par Nkorerimana, regroupant les réponses du temps 1 au temps 4 à une question portant sur la fréquence des blessures ayant nécessité le recours à un professionnel de la santé telle que rapportée par la mère.

Cette variable est dichotomisée selon que l'enfant ait présenté, ou non, au moins une blessure depuis sa naissance.¹¹¹

2- **Infections.** La question posée aux mères était la suivante : «Au cours des trois derniers mois, combien de fois (prénom de l'enfant) a-t-il eu les problèmes de santé suivants ? : une infection gastro-intestinale, une infection aux oreilles (otites), une infection des voies respiratoires avec fièvre (rhume, grippe, pneumonie) ou une autre infection (exemple : infection urinaire).» Pour les analyses, un nombre total d'infections a été calculé pour chaque enfant et dichotomisé selon la fréquence des épisodes : aucun ou un et plus.

3- **Crises d'asthme :** celles-ci sont mesurées par le biais de la question suivante posée en T4 : Au cours des 12 derniers mois, est-ce que (prénom) a eu une crise d'asthme? (1) Oui (2) Non.

4- **Perception maternelle de l'état de santé de l'enfant.** La question posée à la mère est : 'En général, diriez-vous que la santé de (prénom de l'enfant) est (1) excellente (2) très bonne (3) bonne (4) passable (5) mauvaise (-2) ne sais pas (-1) refus?' Pour cette étude, on a dichotomisé la variable de la façon suivante : (1) excellent ou très bonne vs (2) bonne, passable ou mauvaise. À 17 mois, une analyse des données de la cohorte de l'ÉLDEQ a montré que la perception de la santé de l'enfant par la mère est clairement associée à la présence ou à l'absence de problèmes de santé chez celui-ci.¹¹²

5.6.3. Variables de contrôle:

Caractéristiques individuelles de l'enfant:

L'âge de l'enfant est traité en 3 catégories : 40 mois, 41 mois et 42 à 44 mois.

Le sexe de l'enfant est dichotomisé: fille ou garçon.

Le mode de garderie au temps 4 est traité en 3 catégories : à la maison avec la mère ou une autre personne, hors maison et en garderie.

Caractéristiques de la mère:

L'âge de la mère est traité en 3 catégories : moins de 20 ans, 20-34 ans, 35 ans et plus.

Le statut conjugal de la mère est traité en 3 catégories selon que celle-ci vive avec le père biologique de son enfant, avec un autre conjoint ou dans toute autre situation. Toute autre situation est une catégorie regroupant les réponses suivantes : ne vit pas avec son conjoint, n'a pas de conjoint, autres situations et autres. Une catégorie a été ajoutée pour inclure le cas où cette donnée est manquante.

Le niveau de scolarité de la mère est étudié par le biais du plus haut diplôme obtenu : universitaire, post-secondaire, secondaire, pas de diplôme secondaire. Ici aussi une catégorie spécifique représente les données manquantes.

Le statut d'immigrant est dichotomisé entre immigrante d'origine non-européenne d'une part et immigrante d'origine européenne (incluant les personnes nées en Europe, aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande ou en Australie) ou non immigrante d'autre part.

La dépression maternelle est mesurée par un score de 0 à 10 avec une version abrégée du Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), un instrument validé dans sa version française comme dans sa version originale^{113 114}. L'instrument simplifié utilisé dans cette étude comporte 6 items. Il n'existe pas actuellement de point de coupure validé pour cette version permettant de créer des catégories selon la gravité des symptômes dépressifs. Par conséquent, pour ces analyses, on a élaboré trois catégories selon les terciles, soit un score faible, moyen ou élevé de symptômes dépressifs rapportés par la mère biologique. Le tercile le plus élevé

comprend les femmes dont le score est égal ou supérieur à 1,67. Le score moyen dans cet échantillon est de 1,30.

Caractéristiques de la famille:

Le niveau de suffisance du revenu présente 2 catégories : suffisant, insuffisant auxquelles on ajoute la catégorie des données manquantes. Le niveau de suffisance de revenu est basé sur les seuils de faible revenu de Statistiques Canada et tient compte de l'année de référence, de la taille du ménage, ainsi que de sa région de résidence.¹¹⁵

Les pratiques parentales coercitives: cette variable a été traitée en 3 catégories selon les terciles. Le score de pratiques parentales coercitives est une échelle de 0 à 10, qui augmente avec l'utilisation de pratiques négatives dans la famille - se mettre en colère contre l'enfant, utiliser des punitions corporelles, etc.¹¹⁶ Le tercile le plus élevé comprend les familles dont le score est égal ou supérieur à 4,0 et le score moyen est de 3,31.

6- ANALYSE STATISTIQUE

On a d'abord procédé à des analyses descriptives des variables de l'échantillon incluant les variables de confusion potentielles. Les variables continues ont été catégorisées ou les catégories initiales ont été modifiées. On a examiné les fréquences de chacune des catégories des variables à l'étude ainsi que les données manquantes. Pour les variables suivantes: situation conjugale, revenu, emploi et diplôme de la mère, les données manquantes ont donc été regroupées dans une catégorie de chacune des variables afin de préserver le plus de participants possible. Les variables n'incluant soit aucune donnée manquante, soit seulement un ou deux cas manquants, n'ont pas fait l'objet de recodification.

6.1. Analyses bivariées

Les analyses bivariées ont été réalisées à l'aide de la régression logistique afin de permettre l'estimation des ratios de cotes non ajustés pour les associations bivariées entre les variables dépendantes et indépendantes. De plus, on a comparé l'échantillon à l'étude à celui qui a été exclu dû à des données manquantes afin de déterminer si leurs caractéristiques diffèrent de façon significative.

Par la suite, on a comparé l'échantillon des participants exposés à la violence conjugale à celui des participants non-exposés afin de déterminer quelles caractéristiques diffèrent de façon statistiquement significative entre ces groupes.

6.2. Analyses multivariées

6.2.1. Examen de l'influence des variables de confusion

Les variables de confusion potentielles ont d'abord été identifiées par le biais d'une recension des écrits. Elles incluent des caractéristiques de l'enfant (sexe, âge et mode de garde), de la mère (âge, niveau d'éducation, statut d'emploi, statut conjugal, statut d'immigrante, présence de symptômes de dépression) et enfin de la famille (revenu familial, pratiques parentales coercitives). On a utilisé des analyses de régression logistique multivariées afin de déterminer si ces variables devaient être incluses dans le modèle final. Pour y être incluse, l'ajout de la variable devait modifier le coefficient de la variable indépendante principale d'au moins 10%. Après avoir ainsi identifié les variables de confusion significatives sur le plan statistique, et rajouté les variables incontournables sur le plan théorique, nous avons construit des modèles multivariés qui incluaient la variable d'exposition principale de même que toutes les variables de confusion identifiées.

6.2.2. Interactions

La prochaine étape a consisté à tester les interactions entre la variable indépendante principale et les variables de confusion identifiées comme variables d'interaction potentielles. Lorsque celles-ci se sont avérées significatives, on a créé une variable combinée afin d'évaluer l'effet individuel de chaque strate. Le modèle final a été construit en incluant toutes les variables significatives lors de l'analyse de la confusion ainsi que, le cas échéant, la variable combinée issue de l'analyse de l'interaction.

Aux fins de ces analyses, nous avons utilisé le logiciel SPSS version 10,0. Le seuil de signification est fixé à $p < 0,05$.

7. RÉSULTATS

7.1. Profil de l'échantillon à l'étude (tableau I, p. 43)

L'échantillon original est composé de 1950 dyades mère-enfant. Cependant, une fois soustraites les 101 dyades présentant au moins une donnée manquante (l'échantillon des cas avec variables manquantes, soit 5,2% du total), il demeure 1849 dyades sur lesquelles portent les analyses.

Les enfants sont âgés à 96,1% de 40 ou 41 mois. La répartition entre les sexes est à peu près égale (50,2% de filles). Pour ce qui est du mode de garde, à cet âge il est réparti de façon assez égale entre les trois possibilités soit à la maison, que ce soit avec la mère ou une autre personne (35,9% des enfants), à l'extérieur de la maison (34,8%) ou en garderie (29,4%).

Les mères sont âgées à 83,8% de 20 à 34 ans. Un faible pourcentage (2,9%) ont moins de 20 ans. Leur niveau d'éducation est assez élevé puisque 63,5% détiennent un diplôme d'études post-secondaires alors que seulement 14,7% n'ont pas de diplôme secondaire. Les immigrantes non-européennes constituent 6,8% de l'échantillon. Quoique la vaste majorité des femmes vivent avec le père biologique de leur enfant, 4,0% ont un autre conjoint alors que 11,1% sont dans d'autres situations incluant les familles monoparentales. Les femmes de l'échantillon à l'étude sont réparties de façon assez égale entre les terciles de dépression. Finalement, 79 femmes, soit 4,3% de l'échantillon à l'étude, rapportent avoir subi de la violence conjugale de type physique depuis la naissance de l'enfant.

On note que 15,7% des familles ne disposent pas d'un revenu suffisant. Par ailleurs 35,2% des mères se trouvent dans le tercile supérieur des interactions coercitives avec l'enfant.

Depuis leur naissance près du quart des enfants (24,8%) ont subi au moins une blessure ayant nécessité le recours à un professionnel de la santé. Pendant les trois derniers mois, 65,4% des enfants ont fait au moins une infection (gastroentérite, otite, infections des voies respiratoires ou

autre). De plus, 6,1% ont fait au moins une crise d'asthme dans les 12 derniers mois. Enfin 9,9% sont perçus en santé moins que très bonne par leur mère.

7.2. Analyses bivariées

La variable indépendante principale est la présence ou l'absence de violence conjugale de type physique depuis la naissance de l'enfant, telle que rapportée par la mère. Cette variable contient un pourcentage de données manquantes (refus de répondre et 'manquantes système' confondues) de 4,1%. Les variables suivantes : situation conjugale, revenu, emploi et diplôme de la mère présentent respectivement 3,8%, 2,1%, 0,8% et 0,7% de données manquantes. Tel qu'indiqué ci-haut on a inclus ces données manquantes dans une catégorie 'cas manquants' afin de conserver un maximum d'information lors des analyses subséquentes.

Lorsqu'on compare l'échantillon à l'étude et celui des données manquantes (tableau I), on constate que les cas où il y a des données manquantes diffèrent de façon significative pour les caractéristiques suivantes: mode de garde de l'enfant, statut d'immigrante, situation conjugale, dépression maternelle et revenu. Il s'ensuit donc que l'on perd lors des analyses multivariées un effectif plus important de femmes parmi les suivantes : celles qui n'ont pas de conjoint ou n'ont pas répondu aux questions concernant leur statut conjugal, ainsi que celles qui sont immigrantes ou déprimées. Enfin, on retrouve celles dont le revenu est insuffisant et celles dont l'enfant est gardé en-dehors de la maison.

Violence conjugale et santé de l'enfant (tableau II, p. 45)

Il existe une association entre la violence conjugale depuis la naissance de l'enfant et les blessures depuis la naissance. Par contre, les associations avec les infections, l'asthme et la

perception maternelle de la santé de l'enfant ne rejoignent pas le seuil de signification statistique bien qu'elle soient toutes dans la direction attendue à savoir que les exposés à la violence tendent à avoir un ratio de cotes de problèmes de santé plus élevé que les non exposés.

Violence conjugale et variables de contexte

Aucune des caractéristiques de l'enfant (sexe, âge, mode de garde) n'est associée significativement à l'exposition de l'enfant à la violence conjugale.

Mis à part le statut d'immigrante, toutes les caractéristiques de la mère – âge, éducation, statut conjugal et niveau de dépression sont associées statistiquement avec le fait d'être ou non victimes de violence conjugale depuis la naissance de l'enfant.

Les interactions coercitives avec l'enfant ne sont pas associées de façon statistiquement significative à la violence conjugale. Par contre, avoir un revenu insuffisant l'est à savoir que les personnes exposées à la violence ont un ratio de cotes de 3,51 d'avoir un revenu insuffisant par rapport aux non exposés.

7.3. Analyses multivariées (tableau III à VI)

7.3.1. Blessures (tableau III, p. 46)

Alors que dans le modèle non ajusté le ratio de cotes de l'exposition à la violence était de 1,61 (IC 95% 1,00-2,59), le modèle ajusté présente un ratio de cotes non significatif de 1,43 (IC 95% 0,87-2,36). Après identification des variables de confusion, le modèle comprend, outre la violence conjugale, le sexe de l'enfant, la situation conjugale de la mère ainsi que son statut d'immigrante. Le sexe masculin demeure fortement associé à la survenue de blessures (RC : 1,48, IC 95% 1,20-1,84) ainsi que le statut d'immigration de la mère. Dans les familles immigrantes, les enfants sont protégés quant aux blessures comparativement aux enfants de parents nés au Canada ou d'origine européenne (RC 0,54, IC 95% 0,33-0,89).

Les analyses mettent en évidence une interaction significative entre la violence conjugale et le statut conjugal de la mère en ce qui concerne la présence de blessures depuis la naissance. Ainsi l'association entre la violence conjugale et la survenue de blessure est modifiée par le statut conjugal de la mère. Notons que le statut conjugal de la mère est constitué de 81,3% des femmes qui vivent avec le père biologique, 3,9% avec un autre conjoint, et parmi les autres situations, 2,5% ne vivent pas avec leurs conjoints, 8,1% n'ont pas de conjoint et 0,4% sont dans des situations autres non-précisées (résultats non présentés). Ainsi, la vaste majorité, soit 96,3% des mères dans la catégorie toutes autres situations sont monoparentales car elles ne vivent pas avec leur conjoint ou n'en ont pas. Lorsque l'on crée une variable combinée afin d'évaluer l'effet de chaque strate de l'interaction, on constate que deux strates s'avèrent significativement différentes de la catégorie de référence des enfants non exposés à la violence et dont les parents biologiques vivent ensemble. Les deux catégories suivantes expliquent donc l'interaction : parmi les enfants

non exposés à la violence conjugale, ceux dont la mère a un conjoint autre que le père biologique (RC : 1,86, IR 95% 1,09-3,20) et parmi les enfants exposés à la violence, ceux dont la mère se trouve dans toute autre situation (monoparentale) (RC : 3,72, IC 95% 1,83-7,57) ont plus de probabilités d'avoir subi une blessure depuis leur naissance. Par contre l'interaction avec la pauvreté ne s'est pas avérée significative.

Infections (tableau IV, p. 48)

Dans le modèle non ajusté, le ratio de cotes de l'exposition à la violence est de 1,02 (IC 95% 0,63-1,64). Le modèle ajusté présente un ratio de cotes semblable et non significatif de 1,05 (IC 95% 0,65-1,70). Après identification des variables de confusion, le modèle comprend, outre la violence conjugale, le sexe et l'âge de l'enfant, le revenu familial et les pratiques parentales coercitives. On constate que le sexe, l'âge de l'enfant, le revenu familial et les pratiques parentales coercitives ne sont pas associés de façon significative à la survenue d'infections. Par contre le statut d'immigrante de la mère l'est, les enfants issus de l'immigration non européenne étant protégés quant aux infections comparativement aux enfants de parents nés au Canada ou d'origine européenne (RC 0,49, IC 95% 0,34-0,71). De nouveau, l'interaction violence conjugale- pauvreté n'est pas significative.

Crises d'asthme (tableau V, p. 49)

Alors que dans le modèle non ajusté le ratio de cotes de l'exposition à la violence était de 1,57 (IC 95% 0,70-3,49), le modèle ajusté présente un ratio de cotes non significatif de 1,23 (IC 95% 0,54-2,80). Après identification des variables de confusion, le modèle comprend, outre la violence conjugale, le sexe de l'enfant, le niveau de dépression maternelle et le revenu familial. Le revenu familial et le niveau de dépression maternelle ne sont pas associés de façon

significative à la présence de crises d'asthme. Le sexe de l'enfant par contre l'est avec un ratio de cotes de 2,01 (IC 95% 1,36-2,98). L'interaction entre la violence conjugale et la pauvreté n'atteint pas le seuil de signification statistique.

Perception maternelle de la santé de l'enfant (tableau VI, p. 50)

Alors que dans le modèle non ajusté le ratio de cotes de l'exposition à la violence était de 1,68 (IC 95% 0,89-3,17), le modèle ajusté présente aussi un ratio de cotes non significatif de 1,15 (IC 95% 0,59-2,25). Après identification des variables de confusion, le modèle comprend, outre la violence conjugale, le diplôme le plus élevé de la mère, son statut conjugal, son niveau de dépression et le revenu familial. Le revenu familial et le statut conjugal ne sont pas associés à la perception maternelle de la santé de l'enfant mais le niveau d'éducation de la mère l'est. Encore cette fois, l'interaction entre la violence conjugale et la pauvreté n'atteint pas le seuil de signification statistique.

RÉSULTATS

Tableau I. Caractéristiques de la population des enfants de 3 ans ½, de leur mère et de leur environnement selon les variables à l'étude. ÉLDEQ-2001.

	Fréquences % (N)		Valeur p
	Échantillon 94,8(1849)	Cas manquants 5,2(101)	
<i>Caractéristiques de l'enfant</i>			
Sexe			
Fille	50,2(928)	42,6(43)	
Garçon	49,8(921)	57,4(58)	0,14
Âge de l'enfant			
40 mois	45,0(832)	40,6(41)	0,84
41 mois	51,1(944)	55,4(56)	0,88
42-44 mois	3,9(73)	4,0(4)	
Mode de garde			
À la maison avec mère autre personne	35,9(663)	39,6(40)	0,01
Hors maison	34,8(643)	20,8(21)	0,03
En garderie	29,4(543)	39,6(40)	0,39
<i>Caractéristiques de la mère</i>			
Âge de la mère			
< 20 ans	2,9(53)	4,0(4)	0,58
20-34 ans	83,8(1550)	79,2(80)	0,41
≥ 35 ans	13,3(246)	15,8(16)	0,80
Manquante	0(0)	1,0(1)	
Diplôme de la mère			
Universitaire	29,2(539)	21,8(22)	0,28
Diplôme post-secondaire	34,3(634)	23,8(24)	0,80
Diplôme secondaire	21,9(405)	24,8(25)	0,17
Pas de diplôme secondaire	14,7(271)	15,8(16)	0,27
Manquante	0(0)	13,9(14)	0,29
Statut d'immigrante			
Non immigrante ou européenne	93,2(1723)	86,1(87)	
Immigrante	6,8(126)	11,9(12)	0,048
Manquante	0(0)	2,0(2)	
Situation conjugale			
Vit avec le père biologique	84,2(1556)	29,7(30)	<0,001
Vit avec un autre conjoint	4,0(74)	3,0(3)	0,23
Toute autre situation	11,1(205)	7,9(8)	0,08
Manquante	0,8(14)	59,4(60)	<0,001
Dépression			
Tercile inférieur	33,3(615)	28,7(29)	0,03
Tercile moyen	34,5(638)	25,7(26)	0,60
Tercile supérieur	32,2(596)	44,6(45)	0,06

Manquante	0(0)	1,0(1)	
A subi de la violence conjugale depuis la naissance de l'enfant			
Non	95,7(1770)	26,7(27)	
Oui	4,3(79)	0(0)	0,647
<i>Caractéristiques familiales</i>			
Revenu			<0,001
Suffisant	82,5(1526)	61,4(62)	
Insuffisant	15,7(290)	31,7(32)	<0,001
Manquante	1,8(33)	6,9(7)	<0,001
Interactions coercitives			0,48
Tercile inférieur	34,8(643)	39,6(40)	
Tercile moyen	30,1(556)	29,7(30)	0,57
Tercile supérieur	35,2(650)	29,7(30)	0,23
Manquante	0(0)	1,0(1)	
<i>Fréquence des problèmes de santé</i>			
Blessures depuis la naissance			
Non	75,2(1391)	54,5(55)	
Oui	24,8(458)	19,8(20)	0,71
Manquante	0(0)	25,7(26)	
Infections 3 derniers mois			
Aucune	34,6(639)	28,7(29)	
Au moins une	65,4(1210)	71,3(72)	0,23
Crise d'asthme 12 derniers mois en T4			
Non	93,9(1737)	93,1(94)	
Oui	6,1(112)	5,9(6)	0,98
Manquante	0(0)	1,0(1)	
Perception maternelle de la santé de l'enfant			
Excellente ou très bonne	90,1(1666)	85,1(86)	
Moins que très bonne	9,9(183)	14,9(15)	0,11

Source : Institut de la statistique du Québec

Tableau II. Fréquence comparée et ratios de cote non-ajustés des problèmes de santé physique des enfants de l'échantillon selon l'exposition à la violence conjugale de type physique. ÉLDEQ-2001.

	Fréquences % (N)		RC(IC95%)	Valeur p
	Non Exposés (n=1770)	Exposés (n=79)		
<i>Fréquence des problèmes de santé'</i>				
Blessures depuis la naissance				
Non	75,6(1339)	65,8(52)		
Oui	24,4(431)	34,2(27)	1,61(1,00-2,59)	0,05
Infections				
Aucune	34,6(612)	34,2(27)		
Au moins une	65,4(1158)	65,8(52)	1,02(0,64-1,64)	0,93
Crise d'asthme 12 derniers mois en T4				
Non	94,1(1665)	91,1(72)		
Oui	5,9(105)	8,9(7)	1,54(0,69-3,43)	0,29
Perception maternelle de la santé de l'enfant				
Excellente ou très bonne	90,3(1599)	84,8(67)		
Moins que très bonne	9,7 (171)	15,2(12)	1,67(0,89-3,15)	0,11

Source : Institut de la statistique du Québec

1- Excluant les cas ayant des données manquantes

Tableau III: Ratios de cote bruts et ajustés de l'interaction blessures de l'enfant- statut conjugal de la mère selon l'exposition à la violence conjugale de type physique. ÉLDEQ 2001

Variables (catégorie de référence)	Blessures	
	Non-ajusté ou RC brut	RC ajusté (IC 95%)
Violence conjugale depuis la naissance de l'enfant		
Non		
-Père biologique	1,00	1,00
-Autre conjoint	1,90(1,12-3,22)	1,86(1,09-3,20)
-Autre situation	1,13(0,49-1,62)	1,09(0,76-1,57)
-Manquante	1,07(0,29-3,98)	1,17(0,31-4,42)
Oui		
-Père biologique	0,90(0,39-2,10)	0,91(0,39-2,13)
-Autre conjoint	0,59(0,13-2,65)	0,60(0,13-2,72)
-Autre situation	3,65(1,80-7,37)	3,72(1,83-7,57)
-Manquante	3,22(0,20-51,58)	3,13(0,19-50,92)
Sexe de l'enfant (fille)		1,00
Garçon		1,47(1,19-1,82)
Statut d'immigrante (non-immigrante)		1,00
.....Immigrante		0,54(0,33-0,88)

Source : Institut de la statistique du Québec

Interaction de la violence conjugale et du statut conjugal de la mère dans le risque de blessures de l'enfant

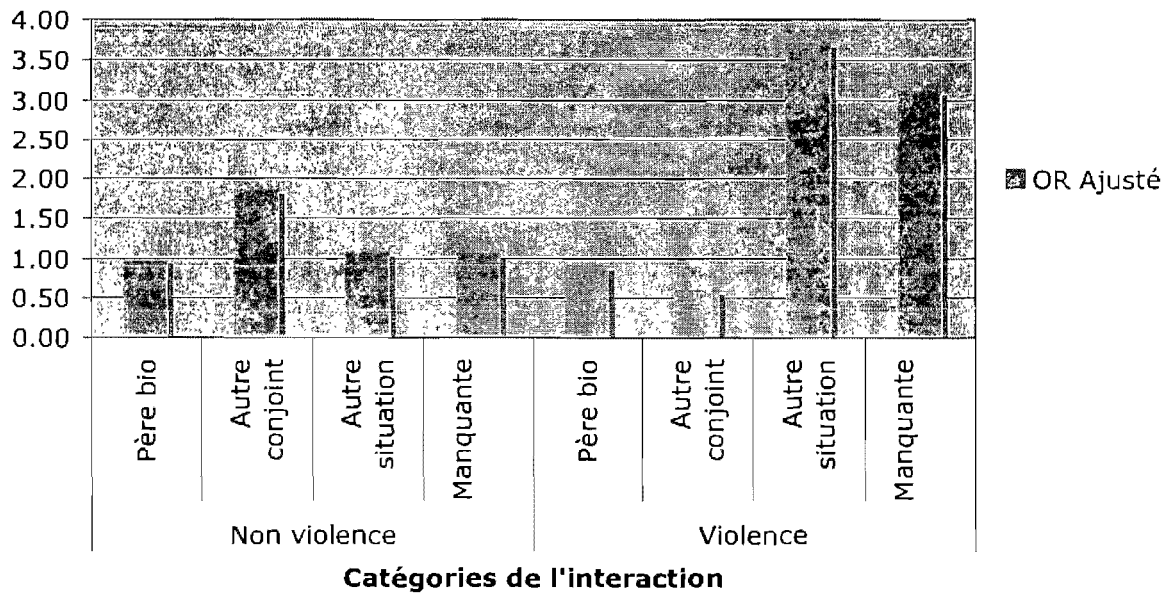


Tableau IV: Ratios de cote bruts et ajustés des infections dans les trois derniers mois de l'enfant selon l'exposition à la violence conjugale de type physique. ÉLDEQ 2001

	Infections	
	Non-ajusté ou RC brut	RC ajusté (IC 95%)
Violence conjugale depuis la naissance de l'enfant (non)	1,00	1,00
Oui	1,02(0,63-1,64)	1,05(0,65-1,70)
Sexe de l'enfant (fille)		1,00
Garçon		0,93(0,77-1,13)
Âge de l'enfant (42-44 mois)		1,00
40mois		1,12(0,92-1,37)
41 mois		1,23(0,73-2,05)
Statut d'immigrante (non-immigrante)		1,00
.....Immigrante		0,49(0,34-0,71)
Revenu familial (revenu suffisant)		1,00
Revenu insuffisant		1,04(0,79-1,36)
Manquante		1,08(0,52-2,23)
Interactions coercitives (tercile inférieur)		1,00
.....Tercile moyen		1,16(0,91-1,47)
.....Tercile supérieur		1,03(0,82-1,29)

Tableau V: Ratios de cote brut et ajustées des crises d'asthme au cours des douze derniers mois de l'enfant selon l'exposition à la violence conjugale de type physique. ÉLDEQ 2001.

Variables (catégorie de référence)	Crises d'asthme	
	Non-ajusté ou RC brut	RC ajusté (IC 95%)
Violence conjugale depuis la naissance de l'enfant (non)	1,00	1,00
Oui	1,57(0,70-3,49)	1,23(0,54-2,80)
Sexe de l'enfant (fille)		1,00
Garçon		1,87(1,25-2,78)
Dépression maternelle (tercile inférieur)		1,00
.....Tercile moyen		0,96(0,58-1,59)
.....Tercile supérieur		1,46(0,90-2,35)
Revenu familial (revenu suffisant)		1,00
Revenu insuffisant		1,44(0,89-2,32)
Manquante		2,35(0,80-6,92)

Source : Institut de la statistique du Québec

Tableau VI: Ratios de cote bruts et ajustés de la perception maternelle de la santé de l'enfant selon l'exposition à la violence conjugale de type physique. ÉLDEQ 2001

	Perception maternelle de la santé de l'enfant	
Violence conjugale depuis la naissance de l'enfant (non)	1,00	1,00
Oui	1,68(0,89-3,17)	1,15(0,59-2,25)
Diplôme le plus élevé (universitaire)		1,00
.....Dip. post-secondaire		1,72(1,11-2,66)
.....Dip. secondaire		1,63(1,00-2,63)
.....Pas de dip. secondaire		1,90(1,12-3,21)
.....Manquante		
Statut conjugal (vit avec père biologique)		1,00
.....Vit avec autre conjoint		1,53(0,79-2,98)
.....Toute autre situation		1,33(0,82-2,14)
.....Manquante		1,17(0,26-5,34)
Dépression maternelle (tercile inférieur)		1,00
.....Tercile moyen		0,87(0,58-1,30)
		1,44(0,99-2,10)
Revenu familial (revenu suffisant)		1,00
		1,28(0,83-1,97)
		0,88(0,26-2,99)

8- DISCUSSION

8.1. Comparaison de nos résultats avec les écrits

Compte tenu de la rareté des écrits sur le sujet, la présente étude a d'abord et avant tout une visée exploratoire. Son objectif principal est d'examiner si l'exposition à la violence conjugale de type physique depuis la naissance est associée de façon indépendante à la santé physique des enfants de trois ans et demi de l'ÉLDEQ. À cette fin, divers problèmes de santé ont été étudiés, notamment les blessures, les infections, les crises d'asthme et la perception maternelle de la santé de l'enfant. Par ailleurs, un autre objectif était de vérifier si l'effet de l'exposition à la violence est modifié par des interactions avec certaines variables de contexte telles que la pauvreté, le statut conjugal et le mode de garde.

Tout d'abord, mentionnons que 4,1% des enfants de trois ans et demi dans cet échantillon ont été exposés à la violence conjugale de type physique depuis leur naissance. Dans l'ELNEJ, un enfant sur douze (8%) âgé de 4 à 8 ans a été témoin de violence familiale, ce qui inclut des comportements violents d'autres personnes que les conjoints.¹¹⁷

Pour ce qui est des analyses principales, dans un modèle multivarié, les résultats obtenus démontrent qu'il n'y a pas d'association entre l'exposition à la violence conjugale depuis la naissance et les blessures depuis la naissance, les infections, les crises d'asthme et la perception maternelle de la santé de l'enfant à cet âge.

Blessures

La présente étude rapporte donc une association brute à la limite du seuil de signification entre l'exposition à la violence conjugale depuis la naissance et la survenue de blessures chez l'enfant

de zéro à trois ans et demi. Cependant cette association devient non significative lorsque l'on tient compte des variables de confusion, en particulier du statut conjugal de la mère dans le modèle avec ou sans interaction. Ces résultats concordent avec ceux de Casanueva et al.¹¹⁸ qui ne trouvent pas d'association entre l'exposition présente ou passée de la mère à la violence conjugale et les blessures de l'enfant dans un échantillon de 2929 enfants américains de 0 à 14 ans référés à une agence de protection de l'enfance pour abus ou négligence.

Par contre, il existe une interaction significative entre l'exposition à la violence conjugale physique depuis la naissance et le statut conjugal dans la survenue de blessures de la naissance à 41 mois. Dans la présente étude, cette interaction prédit le ratio de cotes le plus élevé pour les enfants exposés à la violence conjugale et dont la mère est monoparentale. Ce résultat peut être comparé à ceux de Braun et al. qui ont étudié une cohorte d'enfants nés en 1993 au Denver Health Medical Center et suivis jusqu'à 36 mois.¹¹⁹ Ceux-ci ont en effet trouvé que les enfants exposés à la violence dans leur famille sont plus à risque de blessures uniques ou à répétition. Fait intéressant, les enfants étudiés par Braun et al. subissent un plus grand nombre d'épisodes de blessures lorsqu'ils sont élevés dans une famille monoparentale. De plus, les enfants présentant plusieurs facteurs de risque sociaux (dont la violence familiale) y comptent un nombre supérieur d'épisodes de blessures. Notons toutefois que Braun et al. ne donnent aucune précision quant au concept de violence familiale utilisé dans leur étude. Par ailleurs, l'échantillon de l'ÉLDEQ diffère de celui de l'étude de Braun et al. En effet, cette dernière porte sur une cohorte urbaine et de faible revenu alors que l'ÉLDEQ est composé de familles de la population générale provenant tant du milieu rural qu'urbain incluant des familles aisées et des familles de faible revenu. Or

l'étude des données manquantes souligne que le présent échantillon perd un nombre significatif de mères de faible revenu, ce qui peut augmenter d'autant l'écart entre les deux échantillons.

En fait, il existe, à notre connaissance, relativement peu d'études s'intéressant spécifiquement aux risques de blessures subies par l'enfant dans un contexte de violence conjugale, quoique les associations entre l'abus de l'enfant et la survenue de blessures ainsi qu'entre la violence conjugale et l'abus de l'enfant soient bien documentées. La volatilité d'un tel contexte est pourtant propice à la survenue de blessures potentiellement létales lorsque des armes à feu sont présentes.¹²⁰ Christian et al. ont ainsi décrit les causes et types de blessures qui peuvent survenir dans un tel contexte.¹²¹ Ils n'offrent toutefois pas de mesure du risque relatif subi par ces enfants à laquelle on puisse comparer ces résultats.

Infections

Dans cet échantillon, 65,4% des enfants de trois ans et demi ont connu au moins un épisode d'infection dans les trois derniers mois. L'exposition à la violence conjugale depuis la naissance n'est pas associée à la survenue d'infections. Nos résultats vont donc dans le sens de ceux de Graham-Bermann et Seng¹²² qui trouvent que les taux de plusieurs problèmes de santé dont les rhumes, gripes, troubles gastrointestinaux et maux de tête ne diffèrent pas, à l'âge pré-scolaire, entre les enfants exposés à la violence et les non-exposés. English et al.¹²³ ne trouvent pas non plus, dans un modèle multivarié, d'association significative entre l'exposition à la violence domestique et un score de problèmes de santé chez des enfants de six ans.

Une autre étude traitant d'infections est celle de Kerouac et al.¹²⁴ qui disent trouver une différence significative entre le taux d'otites dans leur échantillon, soit 12,4% et le taux prévalent de problèmes de vue et d'audition dans la population québécoise des moins de 15 ans, 3,2% - la

période de référence n'étant précisée ni dans un cas, ni dans l'autre. En 1986, cette étude était novatrice, mais elle comporte certains défis méthodologiques qui limitent la portée de ses résultats. Ainsi, l'étude de Kerouac et al. se penche sur un échantillon clinique de 130 dyades femmes-enfants recrutées dans des maisons d'hébergement. Outre sa provenance, cet échantillon diffère du nôtre par l'âge des enfants (en moyenne 6,5 ans) et parce qu'il n'inclut pas de groupe contrôle. De plus, le type de violence étudié par Kerouac et al. inclut ses aspects verbaux, physiques ainsi qu'une combinaison des deux par opposition à l'accent mis sur la violence physique dans la présente étude. Les analyses effectuées par les auteurs se limitent par ailleurs à des comparaisons entre les fréquences observées dans l'échantillon et les données populationnelles provenant des grandes banques de données canadiennes et américaines. Enfin, on n'y contrôle pas pour l'effet des principales variables de confusion. Ces importantes différences méthodologiques limite la portée de leurs conclusions et les possibilités de comparaison entre les deux échantillons.

Asthme

Dans cet échantillon, l'exposition à la violence conjugale depuis la naissance n'est pas associée aux crises d'asthme à trois ans et demi. Ceci concorde avec les résultats de Graham-Bermann et Seng¹²⁵ qui trouvent que les taux de plusieurs problèmes de santé dont l'asthme ne diffère pas entre les enfants exposés à la violence et les non-exposés. La présence de crises d'asthme dans l'échantillon, à 6,1%, est inférieure à celle chez les enfants canadiens de moins de 4 ans qui se situe à 7,3% selon l'Agence de santé publique du Canada. Par contre la présence des crises d'asthme dans notre échantillon d'enfants exposés à la violence, 8,9%, se rapproche de cette moyenne tout en étant nettement inférieure au taux de 14,6% rapporté par Graham-Bermann et

Seng pour les enfants d'âge pré-scolaire exposés à la violence. Notons toutefois que la population étudiée dans cette dernière étude est composée principalement de familles pauvres alors que notre échantillon est plus diversifié sur ce plan. Par ailleurs, la définition de la violence utilisée par Graham-Bermann et Seng inclut également la violence dans la communauté.

Perception maternelle de la santé de l'enfant

Dans cet échantillon, la vaste majorité des enfants sont perçus par leur mère comme étant en excellente ou en très bonne santé et la perception maternelle de la santé de l'enfant n'est pas associée de façon significative à l'exposition à la violence conjugale depuis la naissance. En effet quoique les jeunes exposés aient un ratio de cotes de 1,67 d'être considérés en santé moins que très bonne par leur mère par rapport aux non exposés, cette différence ne rejoint pas le seuil de signification statistique.

En comparaison, Onyskiw¹²⁶ rapporte qu'une proportion significativement moindre d'enfants de l'ELNEJ âgés de 2 à 11 ans sont considérés en excellente santé dans le groupe des exposés à la violence. Cela n'est pas le cas dans notre échantillon pour la catégorie excellente santé considérée isolément où la proportion des enfants exposés à la violence conjugale est similaire à celle des non-exposés (résultats non présentés). Moore et al. trouvent de leur côté que les enfants en santé moins que bonne sont plus susceptibles d'être exposés à des 'désaccords violents' dans leur famille que leurs congénères en meilleure santé.¹²⁷ Ils ne précisent toutefois pas qui sont les répondants dans cette étude basée sur les données du National Survey of Children's Health (NSCH) américain de 2003. Enfin, en 1986, Kérouac et al. rapportaient qu'au sein d'un échantillon recruté dans un refuge, les mères considèrent à 9,9% que la santé de leurs enfants est moins que bonne (de satisfaisante à mauvaise), comparé à 4,4% des enfants de l'étude

américaine National Health Interview Survey. Cette proportion diffère de notre échantillon dans lequel seulement 2,5% des enfants exposés à la violence ont une santé perçue moins que bonne. Tel que discuté ci-haut, les différences méthodologiques entre l'étude de Kerouac et al. et celle-ci limitent la portée des comparaisons.

En résumé on ne trouve pas dans cette étude d'association significative entre l'exposition à la violence conjugale de type physique depuis la naissance et la santé de l'enfant de trois ans et demi lorsque l'on considère les problèmes de santé physique les plus prévalents de l'enfance tels que les blessures ayant nécessité l'intervention d'un professionnel de la santé, les infections, les crises d'asthme ou encore la perception de la santé de l'enfant par sa mère. On trouve toutefois une interaction significative entre l'exposition à la violence et le statut conjugal de la mère pour ce qui est de la survenue de blessures depuis la naissance de l'enfant.

Il est important dans l'interprétation de ces résultats de considérer le jeune âge des enfants étudiés. En effet, l'exposition à la violence conjugale crée une situation de stress probablement chronique et l'exposition chronique au stress peut entraîner une atteinte du système immunitaire. Cependant il peut y avoir un délai assez long entre l'exposition et l'apparition de signes cliniques. Ainsi, Wyman et al. rapportent que des changements à court terme du niveau de stress familial ne sont pas associés à des altérations de la fonction des lymphocytes NK. De plus leurs résultats suggèrent que le stress chronique a un effet différent sur le système immunitaire des adultes que sur celui en développement des enfants, puisque chez ces derniers, la cytotoxicité des lymphocytes NK est augmentée plutôt que réduite comme chez les adultes.¹²⁸

8.2. Limites de l'étude

Tout d'abord, rappelons que l'ÉLDEQ est une étude longitudinale dont le but principal est de suivre le développement de l'enfant à travers de nombreuses composantes, en mettant l'accent sur ses aspects cognitifs et comportementaux. Étant donné le nombre de sujets d'intérêt, des choix ont dû être faits quant au nombre et au détail des questions posées. Ainsi, les questions traitant de la violence conjugale dans l'ÉLDEQ se limitent à la violence physique envers la mère et n'en détaillent ni la fréquence ni la sévérité, non plus que le type d'exposition subie par l'enfant. De plus, il n'est pas possible de distinguer les enfants également victimes d'abus et donc d'analyser la part de l'abus de l'enfant lui-même dans l'équation exposition à la violence conjugale – santé de l'enfant. Or, comme Edelson le résume avec clarté et concision¹²⁹:

(...) it is also highly likely that children's experiences vary greatly in a number of ways: (1) in the level of violence in each family; (2) the degree to which each child is exposed to that violence; (3) other stressors to which a child may be exposed; (4) the harm it produces for each child; (5) what unique individual coping skills each child brings to the situation; and (6) varying protective factors in a child's life.

Une deuxième limite de cette étude porte sur le manque de diversification des sources de données, problème largement critiqué dans les écrits portant sur l'exposition à la violence. Malheureusement, il n'est pas possible, dans le contexte d'une étude secondaire, de contourner cette situation. Nos données étant fournies par un seul informateur, la mère, en particulier en ce qui a trait à la variable d'exposition principale, nous devons donc composer avec le risque d'un biais de réponse.

Par ailleurs, le sujet même de l'étude pose d'autres limites. La rareté des écrits sur cette question limite les possibilités de comparaison des données. On peut supposer que des difficultés de documentation du contexte ne sont pas étrangères à cet état de fait. Plusieurs problèmes affligent en effet la documentation de la violence conjugale et de l'abus de l'enfant – réticence de

l'informateur à révéler les véritables circonstances de l'incident, difficulté et manque de constance des intervenants à poser des questions embarrassantes, utilisation des services de santé par les cas les plus graves seulement.

La violence conjugale est un sujet de nature sensible et difficile à aborder pour nombre de personnes. Il est possible que les données recueillies sous-estiment l'ampleur réelle du problème dans l'échantillon de l'ÉLDEQ ce qui limite la puissance statistique de nos analyses, à cause du faible nombre de cas déclarés. Par exemple, la faible prévalence des crises d'asthme pendant les douze derniers mois (6,1%) combinée à la fréquence de violence conjugale de 4,3% ne permet probablement pas de mettre en lumière une association sous-jacente entre ces deux phénomènes. Le même raisonnement peut s'appliquer à la perception maternelle de la santé de l'enfant, ainsi qu'à l'interaction possible entre la pauvreté et les différentes mesures de santé de l'enfant.

Par ailleurs, notre incapacité de juger des caractéristiques de la population cachée porte une atteinte à la validité externe de cette étude, puisque nous ne sommes pas en mesure de comparer les caractéristiques de cette population par rapport à celles de nos cas.

On constate également que l'échantillon à l'étude diffère de l'échantillon des données manquantes de façon significative quant au taux de réponse à la question traitant de violence conjugale. En effet, cet échantillon est composé aux trois quarts de personnes n'ayant pas répondu à la question. Par contre cela ne semble pas avoir d'impact majeur puisque l'étude de sensibilité conduite en recodant les refus de répondre et les cas manquants en réponse positive pour la violence conjugale n'entraîne pas de différence dans le résultat des analyses multivariées. L'inclusion de variables reliées aux symptômes de la mère entraîne d'autre part un problème de surajustement.

Une autre atteinte à la validité externe provient du fait que l'une des populations les plus à risque, les groupes autochtones, fait l'objet d'une étude à part et a donc été exclue de l'ÉLDEQ. Or la prévalence de la violence domestique serait trois fois plus élevée dans ces populations.¹³⁰ On ne peut donc étendre la portée de nos résultats qu'à une population similaire à celle de l'ÉLDEQ.

Autre limite de ce protocole, les cas de violence conjugale subie par les pères sont exclus des analyses à cause du faible taux de réponse de ceux-ci.

Soulignons enfin que l'utilisation d'un devis transversal ne permet pas d'établir de lien de causalité.

Par contre cette étude comporte de nombreux points forts.

Notons tout d'abord qu'il s'agit d'une étude populationnelle pour laquelle le taux de réponse est très élevé. Ceci augmente la probabilité de rejoindre les victimes de violence conjugale n'ayant pas eu recours aux services des refuges. On a donc un échantillon représentatif de la population des enfants nés au Québec en 1997-1998, ce qui n'est pas le cas des études menées dans les refuges.

De plus, l'aspect longitudinal de l'ÉLDEQ comporte plusieurs avantages, notamment de détecter au fur et à mesure l'apparition de problèmes de santé et d'en suivre l'évolution. L'étude utilise par ailleurs un grand nombre de variables documentées avec des outils validés. Enfin, on a pu contrôler pour la majorité des facteurs pouvant confondre la relation violence conjugale – santé physique de l'enfant.

8.3. Pistes de recherche future

La présente étude est à notre connaissance la première étude populationnelle québécoise s'intéressant à cette problématique. Cependant, tel que noté précédemment, le nombre de questions portant sur la violence conjugale dans l'ÉLDEQ est limité. Il serait donc pertinent de mener une étude populationnelle incluant une mesure plus spécifique d'exposition à la violence conjugale ainsi des questions sur l'abus physique de l'enfant. Pour contrôler les biais d'information, il faudrait de plus diversifier les sources (par exemple en ayant accès aux fichiers de la direction de la protection de la jeunesse, de la police, etc.).

Par ailleurs, une lacune réside dans l'absence de modèle de cheminement causal entre l'exposition à la violence et l'apparition de problèmes physiques chez l'enfant clarifiant le rôle des variables de confusion et de médiation. Casanueva et al.¹³¹ ont innové en cette matière en proposant, sur la base des résultats de leur étude, un modèle dans lequel la dépression maternelle s'inscrit comme variable médiatrice dans la relation entre la violence conjugale et l'utilisation par l'enfant des services de salles d'urgence.

Dans le cadre de la présente étude, nous avons adhéré à un modèle où le système de régulation du stress est l'intermédiaire par lequel l'exposition à la violence conjugale aurait un impact sur la santé physique de l'enfant. Une façon d'opérationnaliser ce concept serait de mesurer dans de nouvelles études les indicateurs de stress précurseurs des problèmes de santé: glycémie, cortisol et autres. Ceci permettrait d'examiner par des analyses de médiation l'impact de l'exposition à la violence conjugale sur ces précurseurs et ultimement sur la santé physique de l'enfant, impact suggéré par plusieurs auteurs.^{132 133 134} Utiliser un devis longitudinal pour suivre les enfants et détecter l'apparition des signes pré-cliniques et cliniques permettrait de déterminer le délai entre l'apparition des uns et des autres. En comparant ce délai d'apparition à plusieurs âges, on

pourrait déterminer comment la population des enfants d'âge pré-scolaire, avec ses caractéristiques particulières en termes de développement cognitif et physiologique, se compare avec les autres stades de l'enfance.

8.4. Implications cliniques

Cette étude n'a pas mis en lumière d'association entre l'exposition à la violence conjugale de type physique et la santé physique des enfants dans un modèle multivarié. Cependant la fréquence relative des cas de violence conjugale de type physique met en relief la pertinence de systématiser le dépistage de l'exposition à la violence dans la population des enfants québécois.

9- CONCLUSION

Dans un contexte où un nombre croissant de chercheurs s'interrogent sur les impacts immédiats et à long terme de l'exposition à la violence conjugale sur la santé et le développement des enfants, cette étude transversale s'est penchée de façon particulière sur les problèmes de santé physique les plus prévalents de l'enfance. On a examiné en particulier la relation possible entre la violence conjugale de type physique, en tant que facteur de stress chronique, et la prévalence des infections aiguës et des crises d'asthme, relation suggérée par notre modèle théorique. On ne trouve pas dans cette étude d'association significative entre l'exposition à ce type de violence depuis la naissance et les blessures, les infections, les crises d'asthme ou encore la perception de la santé de l'enfant par sa mère. On trouve toutefois une interaction significative entre l'exposition à la violence conjugale de type physique et le statut conjugal de la mère pour ce qui est de la survenue de blessures depuis la naissance de l'enfant. Cette interaction porte à croire que les enfants exposés à ce type de violence dont la mère est monoparentale pourraient être plus à risque de blessures que leurs congénères non exposés.

Quoique cette étude exploratoire n'a pas, dans les analyses multivariées, mis à jour d'association significative entre l'exposition à la violence conjugale de type physique et la santé physique des enfants de trois ans et demi, il demeure important de poursuivre la recherche à ce sujet. En effet, l'impact du stress chronique sur la santé des enfants et sur leur développement est un champ de connaissances encore partiellement compris et expliqué.

RÉFÉRENCES

- ¹ Onyskiw, J., (2002) Health and use of health services of children exposed to violence in their families, *Canadian JI of Public Health*, 93, 6: 416-421.
- ² Sudermann, M., Jaffe, P. (1999) *Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : Guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux*. Ottawa : Pour l'unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada.
- ³ Edelson, J.L. (1999) Children's witnessing of adult domestic violence, *Jl of Interpersonal Violence*, 14 (8): 839-870.
- ⁴ Edelson, J.L. (1999) *Problems associated with children's witnessing of domestic violence*, Applied Research Forum, National electronic network on violence against women.
- ⁵ Fantuzzo, J.W., Mohr, W.K. (1999) Prevalence and effects of child exposure to domestic violence, *The Future of Children: Domestic violence and children* 9 (3) : 21-32.
- ⁶ Wolfe, D.A., Crooks, C.V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., Jaffe, P. (2003) The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3): 171-187.
- ⁷ Christian, C.W., Scribiano, P., Seidl, T., Pinto-Martin, J.A., (1999), Pediatric injury resulting from family violence, *Pediatrics*, 99 (2).
- ⁸ Kérouac, S., Taggart, M-E. Lescop, J., Fortin, M. -F. (1986) Dimensions of health in violent families, *Health care for women international*, 7: 413-426.
- ⁹ Attala, J. M., Summers, S. M., (1999) A comparative study of health developmental, and behavioral factors in preschool children of battered and nonbattered women, *Children's health care*, 28 (2): 189-200.
- ¹⁰ Onyskiw, J., (2002) Health and use of health services of children exposed to violence in their families, *Canadian JI of Public Health*, 93, 6: 416-421.
- ¹¹ Bair-Merritt, M.H., Blackstone, M., Feudtner, C.(2006). Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics*, 117, 2: 278-290
- ¹² Fantuzzo, J. W. (1989) The effects of observing conjugal violence on children: a review and analysis of research methodology, *Journal of Family Violence*, 4, 1: 77-94.
- ¹³ Rodriguez, M.A ., Bauer, H.M., McLoughlin, E., Grumbach, K. (1999). Op.cit.

¹⁴ Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., Lozano-Ascencio R. (2002). La violence exercée par des partenaires intimes, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, (p.121-161) Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé.

¹⁵ Lemieux-Breton, M.-E., Delagrave, F., (2006) La violence conjugale : des faits à rapporter, des mythes à déconstruire, une complexité à comprendre, Trousse média, INSPQ, Accès en ligne : <http://www.inspq.qc.ca/violenceconjugale/mythes.asp?id=4>

¹⁶ Initiative de lutte contre la violence familiale, Ministère de la justice du Canada, <http://www.doj.ca/fr/ps/fin/about.html>

¹⁷ Rodriguez, M.A., Bauer, H.M., McLoughlin, E., Grumbach, K. (1999). Screening and intervention for intimate partner abuse. *JAMA*, 282(5) : 468-474.

¹⁸ Whitaker, D.J., Haileyesus, T., Swahn, M., Saltzman, L.S., (2007) Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence, *American Journal of Public Health*, 97(5) : 941-947.

¹⁹ Whitaker et al. (2007) Op.cit.

²⁰ Kilpatrick, D.G. (2004) What is violence against women? Defining and measuring the problem, *Journal of interpersonal violence*, 19 (11): 1209-1234.

²¹ Saltzman, L.E. (2004). Issues related to defining and measuring violence against women, Response to Kilpatrick, *Journal of interpersonal violence*, 19 (11): 1235-1243.

²² Waltermaurer, E. (2005). Measuring intimate partner violence (IPV) You may only get what you ask for, *Journal of interpersonal violence*, 20(4): 501-506.

²³ Tjaden, P. (2004) What is violence against women? Defining and measuring the problem, A response to Dean Kilpatrick, *Journal of interpersonal violence*, 19(11) : 1244-1251.

²⁴ Fantuzzo, J. W. (1989) The effects of observing conjugal violence on children: a review and analysis of research methodology, *Journal of Family Violence*, 4, 1: 77-94.

²⁵ Buka, S.L., Stichick, T.L., Birdthistle, I., Earls, F.J., (2001), Youth exposure to violence: prevalence, risks and consequences, *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3): 298-310.

²⁶ Cashmore, J. (2006), Ethical issues concerning consent in obtaining children's reports on their experience of violence, *Child Abuse and Neglect*, 30 : 969-977.

²⁷ O'Brien, M., John, R.S., Margolin, G., Erel, O., (1994) Reliability and diagnostic efficacy of parent's reports regarding children's exposure to marital aggression, *Violence and victims*, 9(1) : 45-61.

-
- ²⁸ Pinheiro, P.S., (2006) Rapport de l'expert indépendant chargé de l'étude des Nations Unies sur la violence à l'encontre des enfants présenté à l'Assemblée générale des Nations Unies, p.15. <http://www.unviolencestudy.org/french>
- ²⁹ Onyskiw, J., (2002) Health and use of health services of children exposed to violence in their families, *Canadian JI of Public Health*, 93, 6: 416-421.
- ³⁰ Sudermann, M., Jaffe, P. (1999) *Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : Guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux*. Ottawa : Pour l'unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada.
- ³¹ Fantuzzo, J.W., Mohr, W.K. (1999) Prevalence and effects of child exposure to domestic violence, *The Future of Children: Domestic violence and children* 9 (3): 21-32.
- ³² Edelson, J.L. (1999) Children's witnessing of adult domestic violence, *Jl of Interpersonal Violence*, 14 (8): 839-870.
- ³³ Incidence rates of violence against women: a comparison of the redesigned National Crime Victimization Survey and the 1985 Family Violence Survey, National online resource center on violence against women <http://www.new.vawnet.org/>, accès en-ligne le 27 janvier 2008.
- ³⁴ Schaefer, J., Caetano, R., & Clark, C. (1998). Rates of intimate partner violence in the United States, *American journal of Public Health*, 88 (11): 1702-1704.
- ³⁵ Fantuzzo, J. W. (1989) op.cit.
- ³⁶ Jaffe, P.G., Wolfe, D.A., Wilson, S.K., (1990), *Children of battered women*, Newbury Park, CA : Sage.
- ³⁷ Wolfe, D.A., Crooks, C.V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., Jaffe, P. (2003) The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3): 171-187.
- ³⁸ Fantuzzo, J.W., Mohr, W.K. (1999) op.cit.
- ³⁹ Osofsky, J.D., (1999). The impact of violence on children, *The Future of Children, Domestic violence and children*, 9 (3): 33-49
- ⁴⁰ McIntosh J. (2003) Children living with domestic violence: research foundations for early intervention. *Journal of family studies*, 9 (2): 219-234.
- ⁴¹ Lemieux-Breton, M.-E., Delagrave, F., (2006) La violence conjugale : des faits à rapporter, des mythes à déconstruire, une complexité à comprendre, Trousse média, INSPQ, Accès en-ligne : <http://www.inspq.qc.ca/violenceconjugale/mythes.asp?id=4>

-
- ⁴² Lehmann, P. (1997). The development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in a sample of child witnesses to mother assault, *Journal of family violence*, 12 (3): 241-257.
- ⁴³ American academy of child and adolescent psychiatry (1999) Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Facts for families No. 70, Accès en-ligne : [http://aacap.org/page.wv?name=Posttraumatic+Stress+Disorder+\(PTSD\)§ion=Facts+for+Families](http://aacap.org/page.wv?name=Posttraumatic+Stress+Disorder+(PTSD)§ion=Facts+for+Families)
- ⁴⁴ Wolfe et al. (2003) Op.cit. p.184.
- ⁴⁵ Bevans, K., Cerbone, A. B., Overstreet, S. (2005). Advances and future directions in the study of Children's neurobiological responses to trauma and violence exposure, *Jl of Interpersonal Violence*, 20 (4): 418-425.
- ⁴⁶ Wright, R.J., Rodriguez, M., Cohen, S. (1998) Review of psychosocial stress and asthma : an integrated biopsychosocial approach, *Thorax*, 53 : 1066-1074.
- ⁴⁷ Van Voorhees, E., Scarpa, A. (2004). The effects of child maltreatment on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, *Trauma, violence and abuse*, 5 (4): 333-352.
- ⁴⁸ Wyman, P.A., Moynihan, J., Eberly, S., Cox, C., Cross, W., Jin, X., Caserta, M.T., (2007) Association of family stress with natural killer cell activity and the frequency of illnesses in children, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161 (3) :228-235.
- ⁴⁹ Boulet, L-P., Beckert, A., Bérubé, D., Beveridge, R. Ernst, P. (au nom du Groupe canadien de consensus sur l'asthme), (1999) Résumé des recommandations de la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme 1999, *CMJA*, 161 : S1-S12.
- ⁵⁰ Agence de santé publique du Canada (ASPC) (1999) Prévalence de l'asthme. À la hauteur : une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes du Canada. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/meas-haut/mu_r_f.html
- ⁵¹ Groupe de travail national sur la lutte contre l'asthme (2000), Prévention et prise en charge de l'asthme au Canada : un défi de taille maintenant et à l'avenir, 37-40. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/pma-pca00/index_f.html
- ⁵² Wright, R., Finn, P., Contreras, J.P., Cohen, S., Wright, R.O., Staudenmayer, J., Wand, M., Perkins, D., Weiss, S.T., Gold, D.R. (2004) Chronic caregiver stress and IgE expression, allergen-induced proliferation, and cytokine profiles in a birth cohort predisposed to atopy, *J allergy Clin Immunol*, 113(6): 1051-1057.
- ⁵³ Wright, R.J., Rodriguez, M., Cohen, S. (1998) Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach, *Thorax*, 53: 1066-1074.

-
- ⁵⁴ Chen, E., Hanson, M.D., Paterson, L.Q., Griffin, M.J., Walker, H.A., Miller, G.E. (2006) Socioeconomic status and inflammatory processes in childhood asthma: the role of psychological stress, *J Allergy Clin Immunol*, 117(5): 1014-1020.
- ⁵⁵ Liu, L.Y., Coe, C.L., Swenson, C.A., Kelly, E.A., Kita, H., Busse, W.W. (2002) School examinations enhance airway inflammation to antigen challenge, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 165: 1062-1067.
- ⁵⁶ Seng, J.S., Graham-Bermann, S.A., Clark, M.K., McCarthy, A.M., Ronis, D.L., (2005), Posttraumatic stress disorder and physical comorbidity among female children and adolescents: results from service-use data, *Pediatrics*, 116(6):767-776.
- ⁵⁷ Kérouac, S., Taggart, M-E. Lescop, J., Fortin, M. -F. (1986) Dimensions of health in violent families, *Health care for women international*, 7: 413-426.
- ⁵⁸ Attala, J. M., Summers, S. M., (1999) A comparative study of health developmental, and behavioral factors in preschool children of battered and nonbattered women, *Children's health care*, 28 (2): 189-200.
- ⁵⁹ World Health Organization, Mortality Country Fact Sheet 2006
www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_amro_can_canada.pdf
- ⁶⁰ Agence de santé publique du Canada (1999). Mortalité attribuable aux blessures. *Bulletin à la hauteur, Une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes du Canada*. Accès en-ligne http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/meas-haut/mu_w_f.html
- ⁶¹ Herbert, M. Lipskie, T., Mackenzie, S., Rusen, I.D (1999) . Blessures chez les enfants. *Bulletin à la hauteur, Une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes du Canada*. Agence de santé publique du Canada, Accès en-ligne http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/meas-haut/mu_v_f.html
- ⁶² Agran, P.F., Anderson, C., Winn, D., Trent, R., Walton-Haynes, L., Thayer, S., (2003), Rates of pediatric injuries by 3-month intervals for children 0 to 3 years of age, *Pediatrics*, 111 (6) : 683-692.
- ⁶³ Boyce M.C., Melhorn, K.J., Vargo, G., (1996) Pediatric trauma documentation. Adequacy for assessment of child abuse, *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 150(7) :
- ⁶⁴ Benger J.R., McCabe, S.E., (2001) Burns and scalds in pre-school children attending accident and emergency : accident or abuse? *Emerg Med J*, 18 : 172-174.
- ⁶⁵ Ziegler, D.S., Sammut, J., Piper, A.C., (2005) Assessment and follow-up of suspected child abuse in preschool children with fractures seen in a general hospital emergency department, *J. Paediatr. Child health*, 41 :251-255.

-
- ⁶⁶ Christian, C.W., Scribiano, P., Seidl, T., Pinto-Martin, J.A., (1999), Pediatric injury resulting from family violence, *Pediatrics*, 99 (2).
- ⁶⁷ Onyskiw (2002) Op.cit.
- ⁶⁸ Repetti, R.L., Taylor, S.E., Seeman, T.E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2):330-366.
- ⁶⁹ Felitti, V. J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards V., Koss, M.P., Marks, J. S., (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults – The ACE study, *American journal of preventive medicine*, 14 (4): 245-258.
- ⁷⁰ Whitfield, C.L., Anda, R.F., Dube, S.R., Felitti, V.J., (2003) Violent Childhood Experiences and the Risk of Intimate Partner Violence in Adults Assessment in a Large Health Maintenance Organization, *Journal of interpersonal violence*, 18(2) : 166-185.
- ⁷¹ Bensley, L., Van Eenwyk, J., Wynkoop Simmons, K. (2003) Childhood family violence and women’s risk for intimate partner violence and poor health, *Am J Prev Med*, 25(1) : 38-44.
- ⁷² Ernst, A.A., Weiss, S.J., Del Castillo, C., Aagaard, J., Marvez-Valls, E., D’Angelo, J., Combs, S., Feuchter, A., Hegyi, M., Clark, R., Coffman, B. (2007), Witnessing intimate partner violence as a child does not increase the likelihood of becoming an adult intimate partner violence victim, *Academic Emergency Medicine*, 14(5) : 411-418.
- ⁷³ Senate Hearing 101-939. (1990). *Senate Committee on the Judiciary*. Washington DC. Cité par Osofsky, J.D., (1999). Op.cit. p.34.
- ⁷⁴ Ernst et al. (2007) Op.cit..
- ⁷⁵ Margolin, G. (1998). Effects of witnessing of violence on children. In P.K. Trickett & C.J. Schellenbach (Eds). *Violence against children in the family and the community* (pp. 57-102). Washington, DC: American Psychological Association.
- ⁷⁶ McGuigan, W.M., Pratt, C.C., (2001) The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment, *Child abuse and neglect*, 25: 869-883.
- ⁷⁷ McGuigan et Pratt, (2001). Op.cit.
- ⁷⁸ Bensley, L., Van Eenwyk, J., Wynkoop Simmons, K. (2003) op.cit..
- ⁷⁹ Fantuzzo, J.W., Mohr, W.K. (1999) op.cit.
- ⁸⁰ Bohn, D.K., Tebben, J.G., Campbell, J.C. (2004) Influences of income, education, age and ethnicity on physical abuse before and during pregnancy, *JOGNN*, 561-571.

-
- ⁸¹ Field, C.A., Caetano, R. (2004) Ethnic differences in intimate partner violence in the U.S. general population. The role of alcohol use and socioeconomic status. *Trauma, Violence and Abuse*, 5 (4): 303-317.
- ⁸² Wood, D. (2003) Effect of child and family poverty on child health in the United States. *Pediatrics*, 112 (3) : 707-711.
- ⁸³ CCSD, 2001, The progress of children in Canada 2001, CCSD, Ottawa
- ⁸⁴ Phipps, 2002, The impact of poverty on health, Canadian Institute for Health Information, Ottawa
- ⁸⁵ Statistiques Canada, (2005). Revenu familial. *Le Quotidien 12 Mai 2005*.
<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/050512/q050512a.htm>
- ⁸⁶ Brooks-Gunn, J., Duncan, G.J. (1997) The effects of poverty on children. *The future of children. Children and poverty* , 7(2) : 55-71.
- ⁸⁷ Séguin, L. Xu Q., Gauvin, L., Zunzunegui, M.-V., Potvin, L., Frohlich, K.L. (2005). Understanding the dimensions of socioeconomic status that influence toddler's health: unique impact of lack of money for basic needs in Quebec's birth cohort, *J Epidemiol Community Health*, 59: 42-48.
- ⁸⁸ Halfon N., Newacheck, P.W. (1993) Childhood asthma and poverty : differential impacts and utilization of health services, *Pediatrics*, 91(1) : 56-61.
- ⁸⁹ World Health Organization (1999) Children's health and the environment, EUR/ICP/EHCO 02 02 05/16 04279 www.euro.who.int/document/e66809.pdf
- ⁹⁰ Bohn, D.K., Tebben, J.G., Campbell, J.C. (2004) Influences of income, education, age and ethnicity on physical abuse before and during pregnancy, *JOGNN*, 561-571.
- ⁹¹ Graham-Bermann, S. A., Seng, J. (2005) Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high-risk children, *Journal of Pediatrics*: 349-354.
- ⁹² Graham-Bermann, S. A., Seng, J., idem.
- ⁹³ Brooks-Gunn et al (1997). Op. cit.
- ⁹⁴ Grant, K.E., McCormick, A. Poindexter, L. Simpkins, T., Janda, C.M., Thomas, K.J., Campbell, A., Carleton, R., Taylor, J., (2005) Exposure to violence and parenting as mediators between poverty and psychological symptoms in urban African American adolescents, *Journal of Adolescence*, 28: 507-521.

⁹⁵ Dubowitz, et al. op.cit.

⁹⁶ Fortin, A., Trabelsi, M., Dupuis, F. (2002) Les enfants témoins de violence conjugale : analyse des facteurs de protection, Document synthèse, Montréal, *Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP)*.

⁹⁷ Bair-Merritt, M.H., Blackstone, M., Feudtner, C.(2006). Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics*, 117, 2: 278-290 et Fantuzzo (1989) Op.Cit.

⁹⁸ Attala, J., McSweeney, M. (1997) Preschool children of battered women identified in a community setting, *Issues in comprehensive Pediatric Nursing*, 20 : 217-225.

⁹⁹ Attala, J., Summers, J. (1999) A comparative study of health, developmental and behavioral factors in preschool children of battered and nonbattered women, *Children's Health Care*, 28(2) : 189-200.

¹⁰⁰ Attala, J., McSweeney, M. (1997) Preschool children of battered women identified in a community setting, *Issues in comprehensive Pediatric Nursing*, 20 : 217-225.

¹⁰¹ O'Brien et al. (1994) Op.cit.

¹⁰² Kuo, M., Mohler, B., Raudenbush, S.L., Earls, F.J. (2000) Assessing exposure to violence using multiple informants: application of hierarchical linear model, *Jl Child Psychol. Psychiat.*, 41 (8) : 1049-1056.

¹⁰³ Repetti, R.L., Taylor, S.E., Seeman, T.E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2):330-366.

¹⁰⁴ Bair-Merritt, M.H., Blackstone, M., Feudtner, C. (2006). Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics*, 117, 2: 278-290.

¹⁰⁵ O'Connor, T.G., Davies, L., Dunn, J., Golding, J., and al, (2000) Distribution of accidents, injuries, and illnesses by family type, *Pediatrics*, 106(5) : <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/106/5/e68>

¹⁰⁶ Wadsworth, J., Burnell, I., Taylor, B., Butler, N., (1983) Family type and accidents in preschool children, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 37 (2) 100-104.

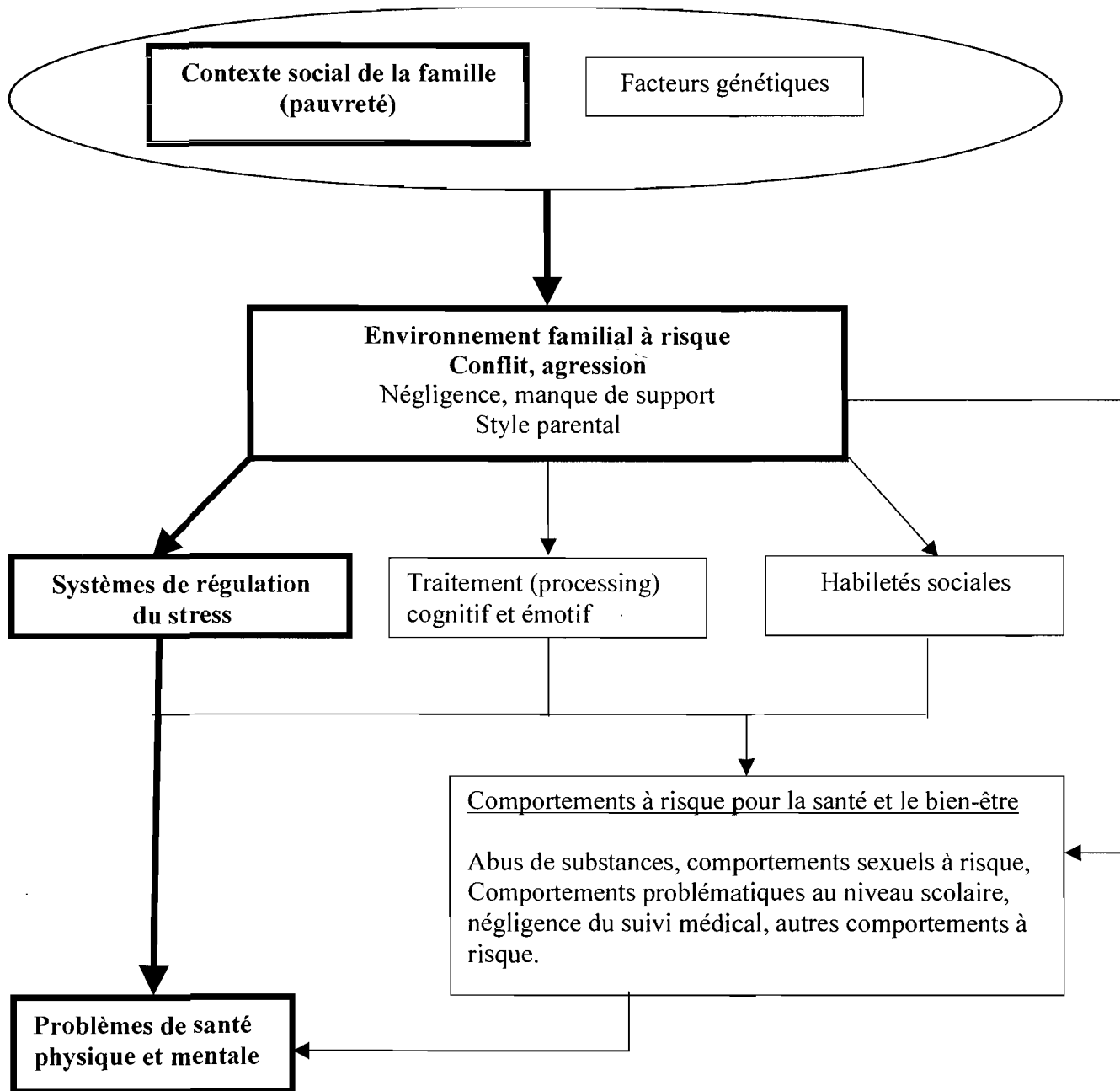
¹⁰⁷ Séguin, L. Xu Q., Gauvin, L., Zunzunegui, M.-V., Potvin, L., Frohlich, K.L. (2005)., Op.Cit.

¹⁰⁸ Jetté M. (2002) *Enquête : description et méthodologie, section I – Logistique d'enquête et collectes longitudinales, dans Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (Éldeq 1998-2002)* Québec : Institut de la statistique du Québec; Vol 2, no 1.

-
- ¹⁰⁹ Reichenheim, ME, Moraes, CL (2004), Comparison between the abuse assessment screen and the revised conflict tactics scales for measuring physical violence during pregnancy, *J Epidemiol Community Health*, 58:523-527.
- ¹¹⁰ Soeken, KL, McFarlane J., Parker B., Lominack, M.C., (1995) The abuse assessment screen: a clinical instrument to measure frequency, severity, and perpetrator of abuse against women. In: Campbell JC, ed. *Empowering survivors of abuse: health care for battered women and their children*. Newbury Park, CA: Sage, 195-203.
- ¹¹¹ Nkorerimana, R. (2006). Étude des liens entre la pauvreté et les blessures chez les enfants de l'ÉLDEQ à l'âge préscolaire. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, p.36.
- ¹¹² Monette, S. (2003) Validation de la mesure de perception maternelle de l'état de santé de l'enfant, Mémoire de maîtrise en Santé Communautaire, *Université de Montréal*, 71pp.
- ¹¹³ Fuhrer, R. , Rouillon, F., (1989) La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation, *Psychiatr. & Psychobiol.*, 4 : 163-166
- ¹¹⁴ Radloff, L.S. (1977) The CES-D Scale : A self-report depression scale for research in the general population, *Applied psychological measurement*, 1(3) : 385-401.
- ¹¹⁵ Direction Santé Québec (2006), *Variables dérivées de l'ÉLDEQ, 1998-2005, partie A*, Institut de la statistique du Québec, p.47.
- ¹¹⁶ Direction Santé Québec (2006), *Variables dérivées de l'ÉLDEQ, 1998-2005, partie A*, Institut de la statistique du Québec, p.10.
- ¹¹⁷ Moss, K., (2003) Témoins de violence – l'agressivité et l'anxiété chez les jeunes enfants, *Suppléments aux rapports sur la santé, Statistiques Canada*, 14 : 59-73
- ¹¹⁸ Casanueva, C., Foshee, V.A., Barth, R.P., (2005) Intimate partner violence as a risk factor for children's use of the emergency room and injuries, *Children and youth services review*, 27 :1223-1242.
- ¹¹⁹ Braun, P.A , Beaty, B.L., DiGuseppi, C., Steiner, J.F. (2005) Recurrent early childhood injuries among disadvantaged children in primary care settings, *Injury Prevention* 11 :251-255.
- ¹²⁰ Nelson, K.G. (1984), The innocent bystander : the child as unintended victim of domestic violence involving deadly weapons, *Pediatrics*, 73 :251-252.
- ¹²¹ Christian, C.W., Scribiano, P., Seidl, T., Pinto-Martin, J.A., (1999), Pediatric injury resulting from family violence, *Pediatrics*, 99(2).

-
- ¹²² Graham-Bermann, S. A., Seng, J. (2005) Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high-risk children, *Journal of Pediatrics*, 349-354.
- ¹²³ English, D. J., Marshall, D.B., Stewart, A. J., (2003) Effects of family violence on child behavior and health during early childhood, *Jl of Family Violence* , 18 (1) : 43-57.
- ¹²⁴ K erouac, S., Taggart, M-E., Lescop, J., Fortin, M.-F. (1986) Dimensions of health in violent families, *Health care for women international*, 7: 413-426.
- ¹²⁵ Graham-Bermann, S. A., Seng, J. (2005) Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high-risk children, *Journal of Pediatrics*, 349-354.
- ¹²⁶ Onyskiw, J., (2002) Health and use of health services of children exposed to violence in their families, *Canadian Jl of Public Health*, 93 (6): 416-421.
- ¹²⁷ Moore, C. G., Probst, J.C., Tompkins, M., Cuffe, S., Martin. A. (2007) The prevalence of violent disagreement in US families : effects of residence, race/ethnicity, and parental stress, *Pediatrics*, 119 (S1) : S68-S76.
- ¹²⁸ Wyman et al. (2007) Op.cit.
- ¹²⁹ Edelson, J.L . (2000). *Should childhood exposure to adult domestic violence be defined as child maltreatment under the law?* Allocution accessible sur le site Web du Minnesota Center Against Violence and Abuse. www.mincava.umn.edu/link/shouldch.asp
- ¹³⁰ *The Family Violence Initiative, 5 year report* (2002), Santé Canada.
- ¹³¹ Casanueva et al. (2005) Op.cit.
- ¹³² Wyman et al (2007), op.cit.
- ¹³³ Flinn, M.V., England, B.G. (1997) Social economics of childhood glucocorticoid stress response and health, *American Journal of physical anthropology*, 102 :33-53.
- ¹³⁴ Bevans et al. (2005). Op.cit.

**ANNEXE 1 : MODÈLE THÉORIQUE DE L'EFFET D'UN ENVIRONNEMENT
FAMILIAL À RISQUE SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT.
Traduction libre, adapté de Repetti et al.⁶⁸**



ANNEXE 2 : TABLEAUX DES ASSOCIATIONS BIVARIÉES

Tableau VII: Associations bivariées entre les blessures et les variables d'exposition ou les facteurs de risque pour les blessures

<i>Variable</i>	RC	IC	Valeur p
<i>(catégorie de référence)</i>			
<i>Caractéristiques de l'enfant</i>			
Sexe de l'enfant (fille)			
Garçon	1,52	1,23-1,87	<0,001
Âge de l'enfant (42-44 mois)			
40 mois	0,59	0,36-0,98	0,04
41 mois	0,63	0,38-1,03	0,07
Mode de garde (À la maison)			
Hors maison	0,86	0,67-1,10	0,23
En garderie	0,91	0,70-1,17	0,44
<i>Caractéristiques de la mère</i>			
Âge de la mère (20-34 ans)			
Moins de 20 ans	0,91	0,48-1,71	0,77
35 ans et plus	0,80	0,58-1,09	0,16
Diplôme le plus élevé (universitaire)			
.....Dip. post-secondaire	0,94	0,72-1,22	0,63
.....Dip. secondaire	1,03	0,77-1,37	0,86
.....Pas de dip. secondaire	0,88	0,63-1,24	0,49
.....Manquante	0,10	0,84-7,65	0,10
Statut d'immigrante (non-immigrante)			
.....Immigrante	0,64	0,43-0,95	0,03
Statut conjugal (vit avec père biologique)			
.....Vit avec autre conjoint	1,62	0,99-2,65	0,06
.....Toute autre situation	1,41	1,02-1,93	0,04
.....Manquante	1,21	0,70-2,07	0,50
Dépression maternelle (tercile inférieur)			
.....Tercile moyen	1,05	0,81-1,34	0,73
.....Tercile supérieur	0,93	0,73-1,21	0,62
Violence conjugale depuis la naissance de l'enfant (non)			

Oui	1,61	1,00-2,59	0,05
<i>Caractéristiques familiales</i>			
Revenu familial (revenu suffisant)			0,72
Revenu insuffisant	1,04	0,79-1,37	0,79
Manquante	1,31	0,66-2,61	0,44
Interactions coercitives (tercile inférieur)			0,18
.....Tercile moyen	1,15	0,89-1,50	0,29
.....Tercile supérieur	1,27	0,99-1,62	0,06

Tableau VIII: Associations bivariées entre les infections et les variables d'exposition ou les facteurs de risque pour les infections

<i>Variable</i> (catégorie de référence)	RC	IC	Valeur p
<i>Caractéristiques de l'enfant</i>			
Sexe de l'enfant (fille)			
Garçon	0,93	0,77-1,12	0,41
Âge de l'enfant (42-44 mois)			0,34
40 mois	0,81	0,49-1,33	0,40
41 mois	0,92	0,56-1,52	0,74
Mode de garde (À la maison)			<0,001
Hors maison	1,29	1,04-1,61	0,02
En garderie	1,63	1,29-2,06	<0,001
<i>Caractéristiques de la mère</i>			
Âge de la mère (20-34 ans)			0,10
Moins de 20 ans	1,57	0,85-2,90	0,15
35 ans et plus	0,82	0,62-1,07	0,14
Diplôme le plus élevé (universitaire)			0,09
.....Dip. post-secondaire	1,18	0,93-1,49	0,17
.....Dip. secondaire	1,42	1,09-1,86	0,01
.....Pas de dip. secondaire	1,25	0,92-1,68	0,15
.....Manquante	2,26	0,62-8,20	0,21
Statut d'immigrante (non-immigrante)			<0,001
.....Immigrante	0,54	0,40-0,74	<0,001
Statut conjugal (vit avec père biologique)			0,15
.....Vit avec autre conjoint	0,89	0,56-1,43	0,64
.....Toute autre situation	1,23	0,90-1,68	0,19
.....Manquante	1,68	0,98-2,89	0,06
Dépression maternelle (tercile inférieur)			0,20
.....Tercile moyen	1,17	0,93-1,47	0,18
.....Tercile supérieur	1,22	0,97-1,54	0,09
Violence conjugale depuis la naissance de l'enfant (non)			
Oui	1,02	0,63-1,64	0,94
<i>Caractéristiques</i>			

familiales

Revenu familial (revenu
suffisant)

Revenu insuffisant	0,98	0,76-1,26	0,74
Manquante	0,78	0,41-1,47	0,89

Interactions coercitives
(tercile inférieur)

.....Tercile moyen	1,15	0,91-1,46	0,41
.....Tercile supérieur	1,01	0,81-1,26	0,23

Tableau IX: Associations bivariées entre l'asthme et les variables d'exposition ou les facteurs de risque pour l'asthme

<i>Variable</i> (catégorie de référence)	RC	IC	Valeur p
<i>Caractéristiques de l'enfant</i>			
Sexe de l'enfant (fille)			
Garçon	2,01	1,36-2,98	<0,001
Âge de l'enfant (42-44 mois)			0,64
40 mois	1,53	0,47-5,01	0,48
41 mois	1,69	0,52-5,50	0,39
Mode de garde (À la maison)			0,60
Hors maison	1,06	0,67-1,68	0,79
En garderie	1,25	0,80-1,98	0,33
<i>Caractéristiques de la mère</i>			
Âge de la mère (20-34 ans)			0,41
Moins de 20 ans	1,46	0,57-3,72	0,43
35 ans et plus	0,73	0,39-1,34	0,31
Diplôme le plus élevé (universitaire)			0,08
.....Dip. post-secondaire	1,57	0,95-2,60	0,08
.....Dip. secondaire	1,38	0,79-2,43	0,26
.....Pas de dip. secondaire	1,52	0,82-2,81	0,18
.....Manquante	5,85	1,53-22,29	0,01
Statut d'immigrante (non-immigrante)			
.....Immigrante	1,06	0,57-1,97	0,85
Statut conjugal (vit avec père biologique)			0,85
.....Vit avec autre conjoint	0,87	0,31-2,43	0,79
.....Toute autre situation	1,12	0,62-1,99	0,71
.....Manquante	1,40	0,59-3,31	0,44
Dépression maternelle (tercile inférieur)			0,05
.....Tercile moyen	1,00	0,61-1,64	0,98
.....Tercile supérieur	1,60	1,02-2,52	0,04
Violence conjugale depuis la naissance de l'enfant (non)			
Oui	1,57	0,70-3,49	0,27

*Caractéristiques
familiales*

Revenu familial (revenu
suffisant)

Revenu insuffisant	1,60	1,02-2,51	0,03
Manquante	2,57	0,98-6,73	0,04

Interactions coercitives
(tercile inférieur)

.....Tercile moyen	0,81	0,51-1,28	0,53
.....Tercile supérieur	0,80	0,51-1,24	0,36

Tableau X: Associations bivariées entre la perception maternelle de la santé de l'enfant et les variables d'exposition ou les facteurs de risque pour la perception maternelle de la santé de l'enfant.

<i>Variable</i> (catégorie de référence)	RC	IC	Valeur p
<i>Caractéristiques de l'enfant</i>			
Sexe de l'enfant (fille)			
Garçon	0,99	0,74-1,33	0,95
Âge de l'enfant(42-44 mois)			0,13
40 mois	0,95	0,42-2,15	0,91
41 mois	1,30	0,58-2,89	0,52
Mode de garde (À la maison)			0,24
Hors maison	0,74	0,52-1,06	0,10
En garderie	0,94	0,66-1,34	0,73
<i>Caractéristiques de la mère</i>			
Âge de la mère (20-34 ans)			0,36
Moins de 20 ans	1,68	0,81-3,48	0,17
35 ans et plus	0,94	0,61-1,47	0,80
Diplôme le plus élevé (universitaire)			0,03
.....Dip. post-secondaire	1,76	1,16-2,68	0,08
.....Dip. secondaire	1,75	1,11-2,75	0,02
.....Pas de dip. secondaire	2,57	1,61-4,10	0,00
.....Manquante	2,43	0,52-11,27	0,26
Statut d'immigrante (non-immigrante)			
.....Immigrante	1,80	1,18-2,74	0,01
Statut conjugal (vit avec père biologique)			0,01
.....Vit avec autre conjoint	1,86	0,98-3,53	0,06
.....Toute autre situation	1,72	1,13-2,61	0,01
.....Manquante	1,95	1,03-3,71	0,04
Dépression maternelle (tercile inférieur)			0,001
.....Tercile moyen	0,95	0,64-1,40	0,79
.....Tercile supérieur	1,73	1,21-2,46	0,003
Violence conjugale depuis la naissance de l'enfant (non)			
Oui	1,68	0,89-3,17	0,11

***Caractéristiques
familiales***

**Revenu familial (revenu
suffisant)**

Revenu insuffisant	2,02	1,44-2,85	<0,001
Manquante	1,14	0,40-3,25	0,81

**Interactions coercitives
(tercile inférieur)**

.....Tercile moyen	0,97	0,67-1,39	0,83
.....Tercile supérieur	0,90	0,63-1,28	0,86

ANNEXE 3 : EXTRAITS DE L'ÉLDEQ

Questionnaire auto-administré de la mère

Violence conjugale : pp 11-12

À propos des situations de conflit...

Les questions suivantes vous paraîtront peut-être difficiles à répondre mais il s'agit de situations qui peuvent arriver. Nous sommes intéressés à connaître votre expérience personnelle.

34. Vous est-il arrivé de subir de la violence physique ou psychologique (émotive) de la part d'un conjoint/partenaire ou d'une personne importante pour vous?

Encerclez 1 pour oui et 2 pour non.

Oui	1
Non	2

35. Depuis la naissance de votre enfant, avez-vous été frappée, giflée, reçu un coup de pied ou autrement été blessée physiquement par quelqu'un ;

Encerclez 1 pour oui et 2 pour non.

Oui	1
Non	2

35a Par qui avez-vous été blessée physiquement?

Encerclez toutes les réponses qui s'appliquent

Mari/conjoint/partenaire	1
Ex-mari/ ex-conjoint/ex-partenaire	2
Ami de cœur (chum)	3
Quelqu'un de la famille (père, frère, oncle, etc.)	4
Étranger	5
Autre	6

Précisez : _____

Variables dépendantes

1) Blessures

La question posée provient du **QIRI**. Tel que discuté plus haut, Nkorerimana a regroupé les réponses de E1 à E4 pour cette question.

HLT I37 Les questions suivantes se rapportent à des blessures subies au cours des 12 derniers mois et suffisamment graves pour exiger les soins d'un médecin, d'une infirmière ou d'un dentiste, par exemple une fracture, une coupure profonde, une brûlure grave, une blessure à la tête, un empoisonnement ou une entorse à la cheville.

HLT Q37 Est-ce que (prénom de l'enfant) a subi une blessure au cours des 12 derniers mois?

Oui	1
Non	2

HLT Q38 Combien de fois a-t-il /elle subi une blessure?

2) Infections

La question provient du **E4-QPRI (3 ans et demi)**, p.6

8. Au cours des trois derniers mois (soit depuis...dernier), combien de fois (prénom de l'enfant) (d'environ 3 ans et demi) a-t-il eu les problèmes de santé suivants ? :

Aucune	1 fois	2 fois	3 fois	4 et plus	NSP	Refus
--------	--------	--------	--------	-----------	-----	-------

- a) une infection gastro-intestinale (une <<gastro>> d'une journée et plus de vomissements et/ou de diarrhées)
 - b) une infection aux oreilles (otites),
 - c) une infection des voies respiratoires avec fièvre (exemple : rhume, grippe, pneumonie) ou
 - d) autre infection (exemple : infection urinaire)
- Spécifiez _____

Les deux dernières questions proviennent du **E4-QIRI**

3) **Crises d'asthme** p. 61

HLT-Q43C Les questions suivantes portent sur l'asthme. Au cours des douze derniers mois, est-ce que (prénom de l'enfant) a eu une crise d'asthme?

Oui	1
Non	2

4) **Perception maternelle de la santé de l'enfant**, p.56

HLT-Q1 En général, diriez-vous que la santé de (prénom de l'enfant) est :

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Passable	4
Mauvaise	5
NE SAIT PAS	-2
REFUS	-1
