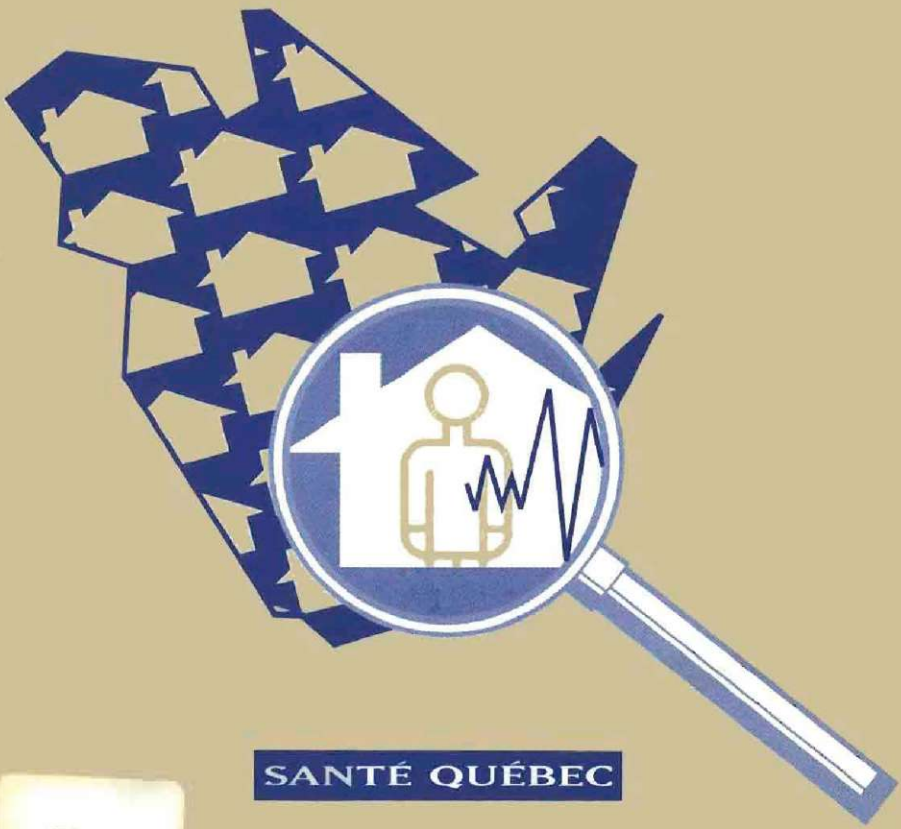
Enquête sociale et de santé 1992-1993



SANTÉ QUÉBEC

HQ
809
C746
1996

INSPQ - Montréal
3 5567 00004 1092

Québec

Enquête sociale et de santé 1992 - 1993

CENTRE DE DOCUMENTATION
R.R.S.S.S.M.

CONDUITES À CARACTÈRE VIOLENT DANS LA RÉSOLUTION DE CONFLITS ENTRE PROCHES

MONTRÉAL

MONOGRAPHIE #2

Publiée sous la direction de :

CLAUDETTE LAVALLÉE
Santé Québec

MAY CLARKSON
Service de la recherche
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LUCIE CHÉNARD
Équipe de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent

Gouvernement du Québec
Santé Québec

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a été réalisée par Santé Québec grâce au financement conjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux et des Régies régionales de la santé et des services sociaux.

Direction de l'enquête : Daniel Tremblay
assisté de Carmen Bellerose et Claudette Lavallée

Référence suggérée : Santé Québec; Lavallée, C.; Clarkson, M.; Chénard, L. (sous la direction de) (1996). *Conduites à caractère violent dans la résolution de conflits entre proches*, Monographie no. 2, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

Dépôt légal - 1996
Bibliothèque nationale du Québec
Tous droits réservés
ISBN 2-551-17029-X
ISSN 1201-3730

SANTÉ QUÉBEC

Santé Québec contribue à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population québécoise, en dirigeant des enquêtes sociales et de santé.

Au service de ses partenaires, Santé Québec est financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les Régies régionales et leur direction de santé publique, le Bureau de la statistique du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec et la Confédération québécoise des centres d'hébergement et de réadaptation. Le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Conseil québécois de la recherche sociale y contribuent également par le financement de programmes conjoints de subventions ou de soutien à la recherche.

Soucieux de répondre à leurs préoccupations, Santé Québec travaille en collaboration avec les décideurs, les planificateurs, les chercheurs et les intervenants de ces organismes et de nombreux autres, dont les universités, les CLSC, les Centres jeunesse et Statistique Canada. Il peut ainsi compter sur des ressources parmi les plus compétentes du Québec.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 est la huitième enquête réalisée par Santé Québec.

LISTE DES ENQUÊTES DE SANTÉ QUÉBEC

Enquête Santé Québec 1987

Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire et la nutrition, 1990

Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James, 1991

Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans, 1991

Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Québécois âgés entre 15 et 29 ans, 1992

Enquête québécoise sur la santé mentale auprès des enfants et adolescents/es âgés de 6 à 14 ans, 1992

Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992

Enquête sociale et de santé, 1992-1993

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos xvi
Remerciements xviii
Lexique xx
Présentation de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 xxiv

INTRODUCTION GÉNÉRALE 1

CHAPITRE 1 • Méthodes

1.1 Questionnaire sur la résolution des conflits 7
1.1.1 Nature du *CTS* 7
1.1.2 Validité du *CTS* 10

1.2 Passation de l'instrument 15
1.2.1 Considérations éthiques 15
1.2.2 Échantillon visé 17

CHAPITRE 2 • Conduites à caractère violent à l'endroit des enfants

2.1 État des connaissances 21
2.1.1 Ampleur du phénomène 21
2.1.2 Impact sur le développement des enfants 23
2.1.3 Facteurs associés aux conduites physiques et psychologiques à caractère violent envers les enfants 25

2.2 Aspects méthodologiques 28
2.2.1 Procédure de collecte des données 29
2.2.2 Échantillon et taux de réponse 30
2.2.3 Caractéristiques de la non-réponse 31
2.2.4 Portée et limites des données 32

2.3 Résultats 33
2.3.1 Prévalence annuelle de conduites à caractère violent envers les enfants et les jeunes de l'échantillon 33
2.3.2 Prévalence selon les caractéristiques des enfants 36
2.3.3 Prévalence selon les caractéristiques de la famille 37
2.3.4 Prévalence selon les conditions de vie 39
2.3.5 Prévalence selon le milieu social des parents 44
2.3.6 Prévalence selon les habitudes de vie des parents 48
2.3.7 Prévalence selon d'autres caractéristiques des parents 51
2.3.8 Violence entre adultes et violence envers les enfants 54
2.3.9 Juxtaposition des types de violence envers les enfants 55

2.4 Conclusion 58
2.4.1 Bilan des résultats 58
2.4.2 Retour sur les objectifs de l'étude 62
2.4.3 Pistes de recherche 66
2.4.4 À propos des politiques sociales 67

2.5 Références bibliographiques 70

CHAPITRE 3 • Conduites à caractère violent à l'endroit des conjointes

3.0 Introduction 77

3.1 État des connaissances 78
3.1.1 Ampleur du phénomène 78
3.1.2 Facteurs associés à la violence conjugale 82
3.1.3 Santé des femmes victimes de violence conjugale 88

3.2 Aspects méthodologiques 89
3.2.1 Questionnaire sur la résolution de conflits conjugaux 89

3.2.2 Mode de collecte de l'information 90
3.2.3 Description de l'échantillon 91
3.2.4 Particularités de la non-réponse 93
3.2.5 Portée et limites des données 94

3.3 Résultats 95
3.3.1 Prévalence annuelle de conduites à caractère violent chez les femmes de l'échantillon 95
3.3.2 Prévalence selon certaines caractéristiques des femmes 100
3.3.3 Prévalence selon certaines caractéristiques des conjoints actuels 103
3.3.4 Prévalence selon la consommation d'alcool du conjoint 104
3.3.5 Prévalence selon le soutien social des femmes . 106
3.3.6 Prévalence selon la santé des femmes 108
3.3.7 Prévalence selon les habitudes de vie des femmes 110
3.3.8 Prévalence selon l'utilisation des services de santé et la consommation de médicaments 112

3.4 Conclusion 114
3.4.1 Bilan des résultats 114
3.4.2 Retour sur les objectifs de l'étude 119
3.4.3 Pistes de recherche 123
3.4.4 À propos des politiques sociales 124

3.5 Références bibliographiques 125

CHAPITRE 4 • Conduites à caractère violent à l'endroit des personnes âgées

4.1 État des connaissances 135

4.2 Aspects méthodologiques 140
4.2.1 Ajouts au *CTS* 140
4.2.2 Mode de collecte de l'information 142
4.2.3 Description de l'échantillon 142
4.2.4 Caractéristiques de la non-réponse 143
4.2.5 Portée et limites des données 144

4.3 Résultats 145
4.3.1 Résultats du questionnaire sur la résolution de conflits 145
4.3.2 Portraits de cas 148
4.3.3 Commentaires sur les portraits de cas 154

4.4 Conclusions 156
4.4.1 Bilan des résultats 156
4.4.2 Validité de l'approche 157
4.4.3 Pistes de recherche et de réflexion pour la planification 157

4.5 Références bibliographiques 159

CHAPITRE 5 • Conclusion générale

5.1 Faits saillants 165
5.1.1 Prévalence des comportements à caractère violent 165
5.1.2 Facteurs liés aux comportements à caractère violent 167

5.2 Atteinte des objectifs 168

5.3 Pistes de recherche 169

5.4 Pistes de réflexion et d'intervention 170

5.5 Références bibliographiques 171

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent envers les enfants de 3 à 17 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Tableau A.2.1 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Tableau A.2.2 Variables mises en relation[1] avec les divers types de violence envers les enfants de 3 à 17 ans selon la présence ou l'absence d'une association significative dans l'échantillon, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Tableau 3.1 Caractéristiques des répondantes au questionnaire sur la résolution de conflits conjugaux, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Tableau 3.2 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent infligées par le conjoint ou l'ex-conjoint selon le type, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Tableau 3.3 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Tableau 3.4 Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon certaines caractéristiques sociodémographiques des répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Tableau 3.5 Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon certaines caractéristiques socioéconomiques du conjoint, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Tableau 3.6 Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon la consommation d'alcool du conjoint, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Tableau 3.7 Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon certaines caractéristiques du soutien social des répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Tableau 3.8 Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon l'état de santé des répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Tableau 3.9 Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon le recours aux services de santé et la consommation de médicaments des répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Tableau A.3.1 Résumé des principales enquêtes visant à estimer la prévalence de la violence conjugale

Tableau A.3.2 Pourcentage de réponses positives à chacun des énoncés, selon le statut conjugal des répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Tableau A.3.3 Variables mises en relation avec deux types de conduites violentes envers les femmes selon la présence ou l'absence d'une association significative dans l'échantillon, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Tableau A.4.1 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des personnes âgées, Enquête sociale et de santé 1992-1993

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 2.1 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type et la fréquence de ces conduites, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.2 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et l'âge des enfants, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.3 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le statut matrimonial de la répondante, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.4 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le nombre d'enfants de moins de 18 ans dans la famille, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.5 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le niveau de revenu du ménage, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.6 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et la perception de sa situation financière par la mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.7 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et la durée de la pauvreté perçue par la mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.8 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le degré d'exclusion de la mère du marché de travail, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.9 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le niveau de soutien social de la mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.10 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le nombre de personnes pouvant aider la mère au besoin, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.11a Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et la satisfaction de la mère quant à sa vie sociale, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.11b Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et la satisfaction du père quant à sa vie sociale, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.12 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le polyusage d'alcool et de drogues par la mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.13 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le niveau de risque lié à la consommation d'alcool (CAGE) chez la mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.14 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le niveau de scolarité relative de la mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.15 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites, le niveau de détresse psychologique et la présence d'idées suicidaires chez la mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.16 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon la présence ou l'absence de violence physique mineure envers la (conjointe) mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.17 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent de type physique envers les enfants de 3 à 17 ans selon la présence ou l'absence de violence verbale/symbolique à leur égard, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 2.18 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent de type verbal/symbolique et de type physique grave envers les enfants de 3 à 17 ans, selon la présence ou l'absence de violence physique mineure à leur égard, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 3.1 Fréquence annuelle des conduites à caractère violent selon le type des conduites, répondantes ayant déclaré être victimes, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 3.2 Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon le nombre d'épisodes de forte consommation d'alcool chez le conjoint, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 3.3 Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon la satisfaction des conjointes quant à la vie sociale, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 3.4 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent verbales ou physiques selon l'indice de détresse psychologique des répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 3.5 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent verbales ou physiques selon le risque lié à la consommation d'alcool (CAGE) chez les répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 3.6 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent verbales ou physiques selon l'usage de la cigarette chez les répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Graphique 4.1 Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des personnes de 65 ans et plus, Enquête sociale et de santé 1992-1993

AVANT-PROPOS

Santé Québec a été créé en 1986 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec et ses partenaires régionaux et sectoriels avec la mission de fournir, par le biais d'enquêtes populationnelles, les renseignements dont ils avaient besoin pour mieux décider, mieux planifier et mieux agir.

La première enquête dirigée par Santé Québec a eu lieu en 1987. Elle a notamment permis d'obtenir des renseignements essentiels pour documenter plusieurs des aspects de la Politique de la santé et du bien-être que le Québec a promulguée en 1992.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993, dont il est question ici, est sa deuxième enquête générale. Santé Québec en a dirigé toutes et chacune des étapes tout en s'associant le Bureau de la statistique du Québec pour le plan de sondage, la pondération et les tests statistiques, la firme Léger & Léger pour la collecte, la codification et la saisie des données ainsi que de nombreux experts des milieux de la santé et des services sociaux et des universités pour les choix de questions et l'analyse des résultats.

Des milliers de Québécois et Québécoises ont passé plusieurs minutes de leur précieux temps à répondre à pas moins de 350 questions portant sur plus de vingt thèmes différents. Santé Québec leur garantit la confidentialité des renseignements fournis.

Tout au long de la réalisation de l'enquête, Santé Québec a eu un souci constant de qualité qui s'est manifesté par de multiples contrôles, vérifications et validations, afin de fournir aux nombreux utilisateurs les données les plus fiables possibles.

La présente monographie, en continuité avec les autres volumes du rapport, traite des conduites à caractère violent entre proches. La société québécoise prend de plus en plus conscience de l'ampleur et

des profondes répercussions du recours aux conduites violentes en milieu familial. La Politique de la santé et du bien-être reconnaît d'ailleurs l'importance de réduire la négligence et la violence envers les enfants et envers les femmes. De plus, le rapport d'un Groupe d'experts sur les aînés a identifié sept problèmes affectant particulièrement les personnes âgées, dont les abus et la négligence. Cependant, la connaissance de ce phénomène est loin d'être suffisante. Les concepteurs de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 ont convenu que l'inclusion de ce thème comme volet particulier d'une enquête populationnelle, était porteuse de résultats fort utiles. Compte tenu de certaines particularités de ce volet, d'ailleurs exposées dans les pages qui suivent, le traitement de la résolution de conflits dans les familles avait un caractère exploratoire et en ce sens, les objectifs ont été atteints. Ces particularités ont aussi joué dans la décision de ne pas en faire un chapitre du volume consacré aux aspects sociaux de la santé du rapport général de l'enquête (vol. 2 des 3 volumes publiés). Cette monographie, la deuxième de toute une série, n'en constitue pas moins une partie du rapport général de l'enquête. Santé Québec en a coordonné la réalisation et a soumis les textes à des lecteurs externes. Toutefois, le style et l'opinion des auteurs sont respectés.

Daniel Tremblay
Directeur

REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier les nombreux partenaires qui ont contribué à la réalisation de cette enquête :

- les auteurs de cette monographie dont les noms apparaissent au début de chaque chapitre ainsi que leurs collaborateurs;

- les membres du comité d'administration de Santé Québec et ceux du comité d'orientation de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993;

- Robert Courtemanche et l'équipe du Bureau de la statistique du Québec;

- Denis Fagnan et l'équipe de gestion de la collecte des données de la firme de sondages Léger & Léger Inc., de même que les coordonnatrices régionales et les interviewers;

- Nathalie Audet et l'équipe informatique de Santé Québec;

- Thérèse Cloutier de Santé Québec, pour l'édition;

- Claire Durand, Danielle Guay, Marthe Hamel et Louise Lapierre dont les commentaires ont été des plus appréciés;

- ainsi que Russel Wilkins qui a suggéré une approche plus qualitative pour le chapitre 4.

LEXIQUE

Aire homogène : provient d'un découpage du Québec en quatre zones distinctes (métropole, capitales régionales, agglomérations et villes, monde rural) qui sont ensuite subdivisées en trois aires en fonction de leurs conditions socioéconomiques : aire vulnérable ou défavorisée, aire intermédiaire et aire peu vulnérable ou favorisée.

Autonomie décisionnelle au travail : indice constitué de neuf questions provenant du *Job Content Questionnaire*; ces questions portent sur l'autorité décisionnelle et sur la capacité d'utiliser ses compétences et d'en acquérir de nouvelles. La médiane de l'échelle est utilisée pour distinguer les personnes ayant un niveau faible ou élevé d'autonomie décisionnelle au travail.

BSQ : Bureau de la Statistique du Québec.

CAGE : indice composé de quatre questions retenues pour définir les buveurs à risque de rencontrer des problèmes liés à l'alcool.

État matrimonial de fait : tient compte à la fois de l'état matrimonial légal et de la situation de fait déclarés par les individus de 15 ans et plus.

Famille : la définition adoptée dans l'enquête consiste en un ménage composé d'au moins deux personnes ayant des liens d'union ou de filiation.

FI : fiche d'identification des membres du ménage (âge, sexe, liens de parenté).

Indice de détresse psychologique : est constitué de quatorze questions portant sur des états dépressifs ou anxieux, et sur certains symptômes d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Le quintile supérieur de l'échelle, adopté lors de l'enquête Santé Québec de 1987 pour constituer la catégorie «élevée», a été conservé pour la présente enquête.

Indice de soutien social : établi à partir de sept questions, il porte sur l'intégration sociale, la satisfaction face aux rapports sociaux et la taille du réseau social. Les personnes ayant les scores les plus bas (quintile 1) sont définies comme ayant un niveau de soutien social faible.

Indice de violence verbale/symbolique : regroupe les réponses à six questions portant sur des comportements verbaux (insulter ou menacer de violence physique) ou symboliques (bouder, refuser de discuter, lancer, casser des objets...) exercés à l'égard du répondant au moins une fois au cours de l'année ayant précédé l'enquête, dans une situation de conflit familial ou entre proches.

Indice de violence physique mineure : regroupe les réponses à trois questions selon lesquelles le répondant se serait fait lancer quelque chose, aurait été poussé, bousculé, giflé ou aurait reçu la fessée au moins une fois au cours de l'année ayant précédé l'enquête, dans une situation de conflit familial ou entre proches.

Indice de violence physique grave : regroupe les réponses à six questions portant sur des agressions physiques (coups de pied, coups de poing, frapper avec un objet, donner une raclée, brûler ou ébouillanter, menacer avec un couteau ou un fusil ou utiliser une arme) dont le répondant aurait été victime au moins une fois au cours de l'année ayant précédé l'enquête, dans une situation de conflit familial ou entre proches.

Indice de violence physique totale : regroupe les deux indices précédents (violence physique mineure et violence grave).

Limitations d'activité : ce qui restreint une personne dans le genre ou la quantité d'activités qu'elle peut faire à cause d'une maladie chronique, physique ou mentale, ou d'un problème de santé.

Ménage : constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes vivant dans un logement privé.

n : nombre de personnes dans l'échantillon.

Niveau de revenu : indice commun à tous les membres du ménage, il est établi à partir du revenu total du ménage, du nombre de personnes composant ce ménage et de normes établissant les seuils de faible revenu selon la taille des ménages. Cet indice comporte une imputation des valeurs manquantes. Il n'est pas comparable à l'indice utilisé dans l'enquête Santé Québec 1987.

QAA : questionnaire autoadministré qui s'adresse à tous les individus d'un ménage âgés de 15 ans et plus, il couvre surtout les habitudes de vie, le milieu social et la santé psychologique.

QRC : questionnaire autoadministré sur la résolution de conflits, inspiré du Conflict Tactics Scales (CTS), qui s'adresse selon le cas à un sous-échantillon de femmes ayant un conjoint ou un ex-conjoint, de femmes vivant avec un enfant de 3 à 17 ans ou de personnes de 65 ans et plus.

QRI : questionnaire rempli par l'interviewer, il s'adresse à un informateur clé répondant pour tous les membres du ménage; il porte principalement sur les limitations d'activité, les accidents et blessures, la consommation de médicaments et le recours aux services de santé.

Scolarité relative : niveau de scolarité d'un individu, relativement à la scolarité des personnes du même groupe d'âge et de sexe; le quintile 1 correspond à la plus faible scolarité.

Statut d'activité habituelle : classifie les personnes selon leur activité principale au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

Type de buveur : distingue les abstinents qui n'ont jamais consommé d'alcool, les anciens buveurs qui n'en ont pas consommé au cours de l'année ayant précédé l'enquête et les buveurs actuels qui indiquent avoir consommé pendant cette période, peu importe la quantité ou la fréquence.

Type de consommateur de drogues : distingue les abstinents, c'est-à-dire les personnes qui déclarent n'avoir jamais consommé de drogues, les anciens consommateurs, qui ne l'ont pas fait au cours de l'année ayant précédé l'enquête, et les consommateurs actuels qui indiquent avoir consommé pendant cette période, peu importe la quantité ou la fréquence.

Type de fumeur : distingue les fumeurs réguliers qui fument tous les jours, les fumeurs occasionnels qui fument moins souvent que chaque jour, les anciens fumeurs qui déclarent avoir fumé dans le passé mais qui ont cessé, et ceux qui n'ont jamais fumé.

UPE : unité primaire d'échantillonnage qui est formée de secteurs de dénombrement ou d'un regroupement de secteurs de dénombrement. Un certain nombre de ces UPE ont été tirées aléatoirement par le BSQ au cours du processus d'échantillonnage de l'enquête.

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1992-1993

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 avait pour objectif général d'assurer une meilleure connaissance de certaines dimensions de l'état de santé physique, mentale et psychosociale des Québécois, de ses déterminants et de ses conséquences. Cette enquête reprend ou enrichit des thèmes et des mesures de l'enquête de 1987 et en aborde de nouveaux, particulièrement en ce qui a trait aux aspects sociaux de la santé.

THÈMES RETENUS POUR L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1992-1993

DÉTERMINANTS

Caractéristiques démographiques
- Âge, sexe
- Appartenance ethnoculturelle
- État matrimonial

Conditions de vie
- Scolarité
- Statut d'activité
- Profession
- Revenu
- Situation financière

Milieux de vie
- Soutien social, réseau familial et séparations avant 12 ans
- Autonomie décisionnelle au travail
- Composition des familles et des ménages
- Aide familiale

Habitudes de vie et comportements préventifs
- Consommation d'alcool
- Usage de tabac
- Consommation de drogues
- Abus de substances psychoactives
- Pratique de l'activité physique de loisir
- Poids corporel
- Comportements de santé propres aux femmes

ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Santé physique
- Perception de la santé
- Accidents avec blessure
- Autonomie fonctionnelle

Santé mentale et psychosociale
- Détresse psychologique
- Idées suicidaires et parasuicides
- Conflits intrafamiliaux

CONSÉQUENCES

- Recours aux services sociaux et de santé
- Consommation de médicaments

La population visée par l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 est l'ensemble des ménages privés des régions sociosanitaires du Québec à l'exclusion des régions crie et inuite et des réserves indiennes.

L'enquête utilise un plan d'échantillonnage à deux degrés stratifié par région sociosanitaire et par aire homogène. Cette méthode d'échantillonnage, élaborée par le Bureau de la Statistique du Québec, a pour but de permettre une analyse de chaque région sociosanitaire et d'assurer une représentation adéquate des aires géographiques où sont concentrées les populations défavorisées.

La collecte d'information s'est déroulée en quatre vagues, échelonnées de novembre 1992 à novembre 1993 afin de tenir compte du caractère saisonnier des problèmes de santé et des comportements. Les données ont été obtenues par entrevue directe et par questionnaire autoadministré. Dans chacun des ménages, une entrevue avec une personne de 18 ans ou plus a permis à l'interviewer de compléter une fiche d'identification (FI) afin d'identifier les membres du ménage y résidant au moment de l'enquête ainsi que leurs caractéristiques d'âge, de sexe et de lien de parenté. L'interviewer administrait ensuite un questionnaire général portant sur chacun des membres du ménage (QRI). Chaque membre du ménage âgé de 15 ans et plus devait en outre compléter un questionnaire autoadministré qui abordait des questions plus personnelles (QAA). Des questionnaires spécifiques ont ensuite été administrés à des sous-échantillons sélectionnés parmi les informateurs clés à l'enquête. Les modes de passation de ces questionnaires sur la résolution de conflits dans la famille sont décrits au chapitre «Méthodes» et dans les chapitres suivants.

La collecte, la codification et la saisie des données ont été effectuées par Groupe Léger & Léger Inc. La validation et le contrôle de la qualité de ces données ont été effectués à toutes les étapes de l'enquête par Santé Québec. Le traitement et l'analyse des données ont été effectués par le service informatique de Santé Québec à l'aide du logiciel SAS.

A l'instar des autres volets de l'enquête, celui-ci a sollicité la participation de professionnels du réseau de la santé et des services sociaux et des universités pour la conception des questionnaires et l'élaboration des plans d'analyse. Les tableaux informatiques ont été produits par Santé Québec et analysés par la suite par les auteurs. L'analyse est uniquement descriptive et les résultats ne peuvent en aucune façon être inférés à la population ou à un sous-groupe de Québécois car les échantillons ne sont pas représentatifs de la population (le lecteur trouvera davantage d'information à ce sujet dans chacun des chapitres suivants).

Toute relation entre deux variables a été mesurée, à titre indicatif, par le test chi carré effectué à l'aide du logiciel SAS et le seuil de signification statistique a été fixé à 5 %. Une relation ne peut être significative que pour l'échantillon étudié et on ne peut inférer la présence d'une relation semblable pour d'autres sous-groupes ou pour l'ensemble de la population. Certaines différences non significatives peuvent à l'occasion être signalées; elles sont alors exprimées sous le terme de «tendance». Il peut arriver que deux proportions qui semblent différentes ne le soient pas d'un point de vue statistique, à cause notamment du petit nombre d'individus sur lequel est basée la proportion. De plus, le recours à des analyses bivariées ne permet pas le contrôle de facteurs exogènes pouvant interagir sur la relation entre deux variables. Des analyses multivariées pourront être effectuées dans le cadre d'analyses secondaires; elles ne sont toutefois pas l'objet de cette publication.

Les pourcentages ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale, dans les tableaux. En raison de l'arrondissement des proportions, la somme des proportions de certains tableaux peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Camil Bouchard
LAREHS, Université du Québec à Montréal

L'affection, l'attachement et le soutien que peuvent s'offrir mutuellement les membres d'une même famille contribuent pour beaucoup au développement et au bien-être de chacun des membres. Toutefois, lorsqu'ils se produisent, les dérapages dans les relations intrafamiliales constituent des éléments de menace et de risque importants. Violence des jeunes envers leurs frères et soeurs ou envers leurs parents, abus physiques, sexuels et négligence envers les enfants, femmes violentées, homicides conjugaux, abus envers les aînés, tous ces phénomènes témoignent des difficultés que peuvent éprouver les membres d'une même famille dans le maintien de relations harmonieuses et enrichissantes. Dans certaines conditions, le milieu familial peut devenir un environnement où surviennent des comportements violents entre les membres.

La Politique de la santé et du bien-être (Gouvernement du Québec, 1992) dont s'est doté le Québec reconnaît l'importance de ces difficultés et la nécessité d'en réduire l'ampleur d'ici l'an 2002. Notamment, les objectifs un et quatre visent à une réduction de l'incidence de la violence à l'endroit des enfants et des femmes. La Politique reconnaît aussi le manque de données capables de décrire adéquatement l'ampleur de ces problèmes dans la population et capables de témoigner des progrès ou des échecs dans la poursuite des objectifs. Les données présentement disponibles, provenant des établissements et des institutions qui fournissent des services, représentent une source de renseignements utiles mais reflètent

davantage les situations les plus extrêmes et les caractéristiques des services que la prévalence de la violence intrafamiliale dans la population. Du même souffle, la Politique recommande un accroissement des activités de recherche capables de combler ces lacunes et d'enrichir nos connaissances des phénomènes de la violence intrafamiliale. C'est dans ce nouveau contexte que s'inscrit ce volet de l'enquête.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif premier de ce volet de l'enquête était d'évaluer la faisabilité de mesurer l'ampleur des conduites violentes intrafamiliales ou de la part de proches dans le cadre d'une enquête de population comme l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. La mesure de telles conduites pose un certain nombre de problèmes éthiques et méthodologiques qui doivent être résolus pour obtenir une lecture valide de la situation. La validation de l'instrument de mesure et de sa capacité à susciter le dévoilement de conduites violentes entre les membres d'une même famille s'inscrit dans ce premier objectif. La présente étude n'est pas la seule à poursuivre cet effort (Bouchard et Dumont, 1989; Laferrière et Bouchard, 1996; Bouchard *et al.*, 1993), mais son ampleur et le contexte dans lequel elle est poursuivie en font une étude pivot.

Le deuxième objectif était de recenser les liens entre un certain nombre de variables personnelles, économiques et sociales et la présence de conduites à caractère violent dans les interactions familiales ou entre proches. En ce sens, ce volet de l'enquête, comme l'ensemble des recherches entreprises par Santé Québec, fournit aux intervenants et aux chercheurs l'occasion de développer une connaissance plus approfondie du phénomène. Elle permet une lecture plus articulée de conditions et de facteurs généralement associés à la présence de conduites violentes envers les enfants, les conjointes et les personnes âgées. Elle permet aussi l'accès à une première banque de données disponibles pour des fins d'analyses secondaires souvent utiles à la communauté scientifique et aux intervenants.

Le troisième objectif, plus ambitieux, était d'évaluer pour la première fois l'ampleur du phénomène de la violence dans les foyers québécois aussi bien envers les enfants et les conjointes qu'envers les personnes âgées. Toutefois, certaines difficultés reliées à cette première tentative de mesure «populationnelle» commandent une saine réserve quant aux possibilités d'établir un taux national des conduites à caractère violent dans les familles.

DIFFICULTÉS LIÉES À LA MESURE DE LA VIOLENCE INTRAFAMILIALE

L'absence de données concernant l'ampleur d'un phénomène aussi préoccupant que la violence entre les membres d'une même famille tient à plusieurs raisons. Le *Home Sweet Home* nord-américain, c'est bien sûr la maisonnée réconfortante, mais aussi un espace exclusif à ses membres, souvent secret, peu enclin à se révéler et à s'ouvrir aux espaces communautaires. Membres de cette culture de l'inviolabilité de l'espace domestique, les chercheurs ont été lents à s'intéresser aux divers aspects de la vie domestique et encore plus hésitants ou insensibles vis-à-vis des dérèglements apparents du système familial.

Outre le facteur relié à la confidentialité des échanges intrafamiliaux, plusieurs autres raisons expliquent le caractère très fragmentaire des données portant sur les conduites intrafamiliales à caractère violent. Premièrement, la nature même du phénomène à étudier présente des difficultés majeures. Comme des groupes importants de la société nord-américaine réprouvent ou condamnent les conduites violentes envers les enfants, les femmes et les aînés et que certaines de ces conduites sont criminalisées, les principaux témoins de cette violence, c'est-à-dire les membres de la famille eux-mêmes, peuvent se sentir coincés, menacés de dévoiler certains incidents ou certaines pratiques. Il a donc fallu attendre le développement d'outils et de stratégies de recherche appropriés pour parvenir à minimiser ce type de difficultés.

Par ailleurs, dans une société multiethnique et multiculturelle, la notion même de conduites à caractère violent ne fait pas nécessairement consensus. L'hétérogénéité des valeurs et des opinions à ce sujet

engendre des écarts dans les seuils de sensibilité ou de tolérance vis-à-vis des conduites violentes. Ainsi, par exemple, la punition physique envers un enfant pourra être considérée comme violente chez un groupe de parents mais tout à fait justifiée, normale ou souhaitable chez un autre. On arrive désormais à atténuer ce problème des écarts culturels concernant les modes de résolution de conflits entre membres d'une même famille : 1) en définissant opérationnellement ce qu'on entend par violence (ce qui laisse tout le loisir aux personnes qui ne seraient pas d'accord avec la définition adoptée de mettre en doute les conclusions des enquêtes épidémiologiques); et 2) en évoquant des conduites ou des comportements qui laissent peu de place à l'interprétation. Ainsi, on demandera si l'enfant a été giflé ou la conjointe étouffée plutôt que s'ils ont été violentés ou agressés. On pourra toujours débattre du caractère violent d'une gifle, mais on ne pourra le faire qu'en fonction de critères culturels et contextuels et non pas en fonction d'un manque de précision dans la référence même à la conduite.

Troisièmement, la méconnaissance du phénomène tient à ce que nous avons jusqu'à tout récemment utilisé les seules données des services de protection de l'enfance ou des services de justice pour mesurer son ampleur. Ces données ne font que refléter une partie du phénomène; elles ne rendent compte que des situations où l'intégrité ou la sécurité physique ou mentale des personnes est mise en cause. Elles reflètent davantage l'utilisation des services ou le recours aux traitements que la prévalence de la violence. Ainsi, selon les études américaines et les quelques données dont nous disposons au Québec, les taux basés sur les services de protection aux enfants seraient de quatre à onze fois inférieurs à ceux que l'on pourrait observer dans la population en général (Straus et Gelles, 1990).

Enfin, le concept même de violence ne recouvre pas une réalité unique. On peut identifier plusieurs types de violence : violence physique, violence symbolique ou psychologique, violence verbale, violence grave, très grave ou mineure, violence larvée, chronique ou aiguë. Il

devient dès lors important de distinguer ces divers types d'expression de la violence dans les mesures mêmes du phénomène de façon à bien cerner les réalités en cause. Cela représente une difficulté particulière dans l'application des instruments de mesure et dans leur application surtout dans les domaines plus flous de la violence verbale ou psychologique. De fait, les nombreuses difficultés concernant la définition des conduites dites violentes nous incitent à la prudence et à utiliser plutôt l'expression «conduites à caractère violent» pour bien marquer que ces conduites, si elles présentent ces caractéristiques, ne sont pas nécessairement violentes dans tous les contextes et dans toutes les circonstances. Par exemple, le ton de la voix peut transformer une expression apparemment blessante en taquinerie anodine. Les expressions «violence» et «agression» utilisées dans ce texte doivent donc être comprises dans le sens de «conduites à caractère violent».

La présente monographie propose un chapitre Méthodes où sont traités les aspects méthodologiques propres à ce volet de l'enquête et communs aux trois thèmes suivants. Des chapitres portant sur les conduites à caractère violent à l'égard des enfants, des conjointes et des personnes âgées sont ensuite proposés. Puisqu'il s'agissait dans une large mesure d'un approche exploratoire, dans chaque cas, les auteurs ont apporté une attention particulière à la portée et aux limites des données, ainsi qu'aux modalités d'application de l'instrument à chacun des trois groupes cibles retenus pour l'enquête. Une conclusion générale trace finalement un bref bilan des résultats ainsi que des pistes de réflexion à l'intention des planificateurs et des décideurs du réseau de la santé et des services sociaux dans les domaines de la recherche et de l'intervention.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BOUCHARD, C.; DUMONT, C. (1989). *La violence familiale sur le territoire de Ste-Thérèse : les enfants d'abord*. Rapport de recherche inédit, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal.

BOUCHARD, C.; TESSIER, R.; LAGANIÈRE, J.; FRASER, A. (1993). La violence familiale envers les enfants. Validité de la mesure et prévalence dans un quartier populaire urbain. *Les Cahiers de recherche du LAREHS*, vol. 2, 25 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 192 p.

LAFERRIÈRE, S.; BOUCHARD, C. (1996). Illustration de la capacité discriminante du Questionnaire sur la résolution des conflits dans la mesure de la violence parentale. *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 28, p. 70-73.

STRAUS, M.A.; GELLES, R.J. (1990). *Physical Violence in American Families : Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*. Transaction Publishers, New Brunswick.

CHAPITRE

MÉTHODES

1

Camil Bouchard, LAREHS, Université du Québec à Montréal

May Clarkson, Service de la recherche, ministère de la Santé et des Services sociaux

Réjean Tessier, École de psychologie, Université Laval

1.1 QUESTIONNAIRE SUR LA RÉSOLUTION DES CONFLITS

1.1.1 NATURE DU *CTS*

Que ce soit à l'égard des conduites à caractère violent envers les enfants, envers les conjointes ou envers les personnes âgées, les données présentées dans le cadre de la présente enquête de Santé Québec reposent sur l'utilisation du *Conflict Tactics Scales* ou *CTS* (Straus et Gelles, 1990), qu'on a choisi d'appeler, en français et pour les besoins de la présente enquête, le questionnaire sur la résolution des conflits (QRC). Le *CTS* a été créé en 1979. Il a depuis lors connu certaines modifications. C'est la dernière version (Forme R) qu'on utilise ici. La version en langue française a été développée lors d'une étude effectuée sur le territoire du CLSC de Sainte-Thérèse, selon la méthode suivante :

> «Afin d'établir une version française la plus proche possible, au plan sémantique, de la version anglaise, on a mis à profit la technique de la traduction à rebours : un traducteur professionnel a d'abord traduit en français la version originale; puis, un second traducteur a retraduit en anglais cette version française. Finalement, les deux versions anglaises [...] ont été comparées de façon à repérer les incohérences ou les glissements sémantiques [...]» (Bouchard et Dumont, 1989, p. 9).

À l'étape ultime, les deux traducteurs, qui jusqu'alors travaillaient séparément, étaient appelés à confronter leurs versions et à commenter leurs choix de termes; le choix final s'exerçait par consensus entre les deux traducteurs et le directeur du projet.

Le choix du *CTS* comme instrument d'enquête tient à plusieurs raisons. Le *CTS* est le plus connu et le plus utilisé des outils d'enquête épidémiologique dans le domaine de la violence intrafamiliale. Avant 1990, le *CTS* avait déjà fait l'objet de plus de deux cents articles et rapports de recherche et de cinq livres. La très grande majorité des études utilisant le *CTS* avait trait à des populations ou à des groupes d'enfants ou de partenaires adultes. Cependant, très peu de projets l'ont utilisé dans sa forme originale comme mesure de la violence chez les personnes âgées, comme c'est le cas dans la présente enquête (voir le chapitre 4 à ce sujet). La validité de l'instrument, dans sa version anglo-américaine, a maintes fois été éprouvée. À cet égard, il faut tout de suite noter que le *CTS* ne prétend pas mesurer toutes les situations de violence possibles, ni tous les contextes et encore moins témoigner de la dynamique des interactions violentes (voir à ce sujet les mises au point des concepteurs, Straus et Gelles, 1990). Il mesure plus spécifiquement la prévalence et la fréquence d'utilisation de conduites violentes dans le contexte de conflits ou de désaccords entre les membres d'une même famille. L'adoption du *CTS* devrait permettre, dans la mesure où la version utilisée ne s'éloigne pas trop de la version originale, des comparaisons internationales ou interprovinciales utiles dans la mise en perspective des prévalences identifiées dans l'échantillon. Ces considérations ne devraient cependant pas nous empêcher de procéder, à la fin de la présente étude, à une analyse critique rigoureuse de l'à propos de poursuivre dans l'utilisation de cet instrument, de modifier l'approche ou de l'abandonner selon le cas.

Essentiellement, le *CTS* consiste en dix-neuf items, présentés selon un ordre croissant de gravité dans le type de violence utilisée; ces items représentent différentes façons de résoudre un conflit familial.

Les trois premiers items ont trait à des stratégies de résolution de conflit qui tiennent du raisonnement et de la négociation. Jusqu'à maintenant, ils n'ont pratiquement jamais été utilisés dans le calcul d'un quelconque indice, leur fonction en étant exclusivement une d'entrée en matière propre à rassurer le répondant. Puis viennent des conduites de violence verbale ou symbolique, les conduites de violence physique mineure et grave ou à risque élevé de blessures. Cette mise en ordre croissant de gravité permet une acclimatation des répondants à ce type de questions et leur épargne une mise en situation trop brutale à laquelle ils pourraient réagir négativement ou qui les inciterait à interrompre l'entrevue. On demande aux répondants d'indiquer la fréquence de recours à chacune des conduites, durant les douze mois ayant précédé l'enquête, dans les situations de conflits vécues par l'enfant, la conjointe ou la personne âgée (selon le cas).

Pour les fins de la présente étude, on a construit quatre indices de conduites à caractère violent : l'indice de violence verbale/symbolique, qui regroupe les réponses aux questions 4, 5, 6, 8, 9 et 10; la violence physique mineure, regroupant les réponses aux questions 11, 12 et 13; la violence physique grave, regroupant les réponses aux questions 14, 15, 16, 17, 18 et 19, et enfin la violence physique totale (questions 11 à 19 inclusivement).

Pour chacun de ces indices, le taux est établi à partir du nombre de personnes qui ont vécu au moins une des situations évoquées dans l'indice, au moins une fois au cours de l'année ayant précédé l'enquête. A titre d'exemple, pour qu'apparaisse un enfant dans la statistique du taux de violence physique mineure, il suffira que la répondante déclare que l'enfant a vécu au moins une fois une des trois situations évoquées dans les questions 11, 12 et 13 durant l'année.

Dans le cadre d'une enquête de population, le *CTS* a été tour à tour utilisé en mode d'entrevue en face-à-face et en mode téléphonique. Straus et Gelles (1986), notant une baisse des taux de violence grave entre les deux enquêtes de 1975 et de 1985 auprès de la population

américaine, la première menée en entrevue face-à-face et la seconde en mode téléphonique, prétendent que le mode de collecte ne serait pas en cause. Au contraire, ils avancent que le mode téléphonique engendrerait plutôt une hausse dans la déclaration. On ne dispose cependant pas d'études spécifiques qui compareraient ces deux modes et un troisième, en passation auto-administrée assistée, comme c'est le cas dans la présente enquête.

1.1.2 VALIDITÉ DU *CTS*

Les études de validité du *CTS* ont surtout été menées en regard de la version «enfant». On en retrouve moins en ce qui a trait à la version «conjugale» et, à notre connaissance, il n'en existe pas qui ont porté sur la version «personnes âgées».

Straus et Gelles (1990), concepteurs originaux du *CTS*, adoptent la définition suivante des conduites à caractère violent : «toute action poursuivie avec l'intention ou l'intention perçue de blesser une autre personne... physiquement, matériellement ou symboliquement» (p.46). La notion d'intention occupe une place très importante dans cette définition. Cependant, les chercheurs n'ont pas considéré cette dimension dans l'instrument de mesure qu'ils ont créé. Cela représente un accroc à la validité conceptuelle de l'instrument. En conséquence, nous adopterons comme définition générale du caractère violent des conduites envers les enfants, les conjointes et les personnes âgées : «toute action émise par un proche qui, dans une situation de conflit, risque, peu importe l'intention, de compromettre l'intégrité ou le bien-être psychologique et/ou physique de la personne». Cette définition a le mérite de s'accorder avec l'instrument utilisé; cependant, comme nous l'avons déjà souligné, elle exclut, si le répondant se conforme aux consignes, tous les actes de violence qui ne se produiraient pas dans une situation de conflit, comme par exemple les questions menaçantes ou insidieuses de contrôle exercé à l'endroit d'une conjointe ou d'une personne âgée. Il faut également noter que cette définition réfère à des réalités différentes selon les personnes étudiées. Ainsi, par exemple, l'extorsion ou l'abus matériel et financier

devrait normalement apparaître dans le répertoire des violences possibles exercées à l'endroit des personnes âgées ou des conjointes mais peut difficilement s'appliquer aux situations impliquant un enfant. Le *CTS* ayant été développé dans le but d'évaluer aussi bien les situations à l'égard des enfants que des adultes, les auteurs ont dû faire le sacrifice de la spécificité, ce qui réduit sans doute la portée de l'instrument.

La démonstration de la validité de construit de l'instrument repose essentiellement sur des études de type factoriel destinées à identifier les composantes principales des scores que l'on peut dériver du *CTS*. La plupart de ces études aboutissent à l'identification de trois facteurs : le raisonnement, l'agression verbale ou symbolique et l'agression physique (Straus et Gelles, 1990, Chapitre 3). Par ailleurs, quelques études indiquent un degré de validité de construit satisfaisant à partir des résultats obtenus auprès de certains échantillons particuliers. Ainsi, comme on pourrait le prévoir, on obtient une prévalence plus élevée chez des groupes reconnus comme présentant davantage de risques de violence (jeunes couples, couples en union de fait, populations défavorisées ou moins scolarisées, parents ou conjoints se déclarant violents, jeunes présentant des troubles de comportement ou des conduites délinquantes, parents déclarant une surcharge de rôles, conjoints au chômage...) (Bouchard et Dumont, 1989; Stets et Straus, 1989; Margolin et Larson, 1988; Straus *et al.*, 1980). Laferrière et Bouchard (1996) ont notamment montré que l'instrument révélait davantage de violence envers les enfants de femmes hébergées suite à de la violence de la part de leur conjoint qu'envers les enfants des autres femmes; le *CTS* arrive aussi à identifier plus de violence mineure et psychologique chez des enfants de parents fréquentant une ressource d'aide aux parents que chez les parents n'ayant pas recours à ce type de ressource. Cela témoigne de la validité discriminante du *CTS*. De même, les résultats au *CTS*, lorsqu'on interroge à la fois parents et enfants, témoignent du phénomène de la transmission intergénérationnelle de la violence (Cappel et Heiner, 1990).

De nombreuses études ont démontré la validité interne, externe et de convergence de cet instrument (Bouchard *et al.*, 1993; Laferrière et Bouchard, 1996; Straus et Gelles, 1990, Chapitre 7). Seul Straus (1979, 1987 *in* Straus et Gelles, 1990) a testé la consistance interne de l'instrument. En 1979, il rapportait des alpha de Cronbach de l'ordre de .77 et de .62 pour ce qui est des scores de violence verbale/symbolique et physique; en 1987, ces coefficients se situaient à .62 et .42 respectivement. La rareté d'occurrence de certaines conduites de violence très grave explique sans doute la difficulté d'atteindre des niveaux d'alpha plus satisfaisants.

Une étude récente de Bouchard *et al.* (1993) démontre que les scores de violence à l'égard des enfants obtenus au *CTS* sont en corrélation avec une mesure de coercition de la part des mères, telle qu'évaluée par une échelle de mesure des conduites parentales (MCP) (Tessier *et al.*, 1985) (validité de convergence). Dans cette même étude, la validité de convergence de l'instrument est également mise à l'épreuve en examinant les corrélations entre les scores obtenus à une mesure de l'ajustement conjugal et ceux du *CTS*. On identifie un lien significatif entre la présence de la violence mineure envers l'enfant et l'insatisfaction de la femme eu égard à l'aspect affectif et sexuel de sa relation conjugale.

La validité externe de l'instrument, surtout lorsqu'appliqué à des échantillons aléatoires de populations, ne semble pas présenter de problème majeur. Sauf exception, les taux de violence oscillent autour des mêmes valeurs, aussi bien dans le cas de la violence faite aux enfants que de la violence conjugale (Straus et Gelles, 1986). En ce qui a trait aux études nord-américaines portant sur la prévalence annuelle de conduites à caractère violent envers les conjointes, les taux varient entre 10 % et 19 % pour ce qui est des conduites à caractère moins violent et entre 4 % et 7 % en ce qui a trait à la violence grave (voir le chapitre 3 à ce sujet). L'étude de Bouchard et Dumont (1989) fait exception. Dans cette étude menée sur un territoire régional de niveau socio-économique plus aisé, les taux étaient de 5 % pour les

conduites moins graves et de 0,7 % pour les conduites graves à l'égard des conjointes.

Par ailleurs, la désirabilité sociale associée à l'utilisation de l'instrument, surtout auprès des agresseurs et notamment des hommes, pose un problème. Ainsi, les hommes révéleraient moins de leurs propres conduites violentes mais seraient plus enclins à déclarer les épisodes violents de leur conjointe (Arias et Beach, 1987). Les corrélations entre les déclarations du répondant placé dans le rôle de l'agresseur comme répondant au *CTS* et les scores à un test de désirabilité sociale s'avèrent aussi significatives. Par ailleurs, les conjoints avoueraient utiliser davantage de tactiques violentes qu'ils ne le déclarent au *CTS* (Browning et Dutton, 1986 et Jouriles et O'Leary, 1985 *in* Claes et Rosenthal, 1990).

Ces réserves ont été identifiées dans le cas de la mesure de la violence entre conjoints. Dans le cas de l'application de la mesure à propos des enfants, les données de l'étude de Bouchard *et al.* (1993) indiquent, contrairement à Newberger (1987 *in* Straus et Gelles, 1990)[1], la présence d'un lien entre les scores de désirabilité sociale et les scores de violence psychologique aussi bien chez les mères que chez les pères. L'examen des données permet aussi de constater que les mères sont plus nombreuses que les pères à rapporter des épisodes de violence envers les enfants, toutes catégories confondues et dans chacune des catégories prises séparément, ce qui confirme l'ensemble des données à ce sujet. Les mères pourraient être plus attentives à ces phénomènes, recourir à des définitions ou établir des seuils plus sensibles à l'identification de la violence, être plus présentes auprès de leurs enfants et donc plus à même d'observer la présence de ces épisodes. Elles seraient peut-être aussi plus ouvertes à confier l'occurrence de tels événements; les hommes pourraient par ailleurs minimiser la présence de tels épisodes. Aussi, à cause de ces

[1] Cette recherche avait porté sur un très petit nombre de mères (N = 34); celle de Bouchard *et al.* en comptait 90.

observations, il apparaît plus approprié de recourir aux seules observations maternelles dans le présent volet de l'enquête.

De façon générale, considérant la complexité que pose la mesure des conduites domestiques violentes, l'instrument présente des indices de validité conceptuelle, de validité interne, de validité externe et de validité discriminante satisfaisants. Il nous faut toutefois souligner le peu de données supportant cette affirmation dans le cas de l'utilisation de l'instrument en regard des conduites à caractère violent envers les personnes âgées. De même, de nombreuses questions subsistent quant à la validité de la mesure en territoire québécois. Ces questions ont trait au contexte culturel et légal dans lequel s'inscrit toute enquête portant sur les comportements à caractère violent dans les familles. Ainsi, la criminalisation des actes violents des conjoints envers leurs compagnes et la mise en application d'un système très connu de protection et de prise en charge des cas d'enfants maltraités pourraient compromettre la validité de données provenant des acteurs mêmes visés par ces lois. Le niveau de désirabilité sociale pourrait, par exemple, s'en trouver affecté et les répondants moins enclins à révéler des situations ou des conduites violentes dans leur famille.

De plus, le Québec s'est montré particulièrement actif dans des campagnes de promotion de relations familiales harmonieuses et dans des campagnes de prévention de la violence conjugale durant les dernières années. Ces campagnes pourraient inciter les personnes à changer leurs comportements, ce qui aurait un effet sur les taux enregistrés. Elles pourraient aussi avoir un effet dissuasif à la divulgation de tels comportements dans le cadre d'enquêtes où la personne participante n'a rien à gagner d'une révélation et peut craindre une intervention non désirée. Dans ce dernier cas, un taux faible indiquerait à tout le moins un changement d'attitude à l'égard de l'utilisation de conduites à caractère violent dans la famille, mais ne refléterait pas nécessairement le taux réel du recours aux conduites à caractère violent dans le cadre de conflits entre membres d'une même famille.

Dans le cas du QRC appliqué aux enfants, afin de réduire le plus possible le biais de désirabilité sociale, on a modifié le libellé de chaque question. Au lieu de : «Combien de fois depuis un an avez-vous insulté... secoué... frappé...», on a plutôt opté pour la forme : «Combien de fois l'enfant a-t-il été insulté... secoué... frappé... par vous ou par un autre adulte de la maison ?». Cela évite de placer la personne répondante dans une position où elle est explicitement et directement identifiée comme agresseur, et permet qu'elle se place aussi en position de témoin. On ne connaît pas l'impact de cette formulation sur le taux de réponse, sinon une possible modification à la hausse. Cette reformulation ne s'applique pas aux questionnaires portant sur les conduites à caractère violent envers les femmes ou les personnes âgées, puisque celles-ci sont interpellées, en tant que répondantes, dans la position de la personne agressée, comme dans la formulation originale du *CTS*.

Deux, trois ou quatre items (selon que le questionnaire porte sur les enfants, les conjointes ou les personnes âgées) ont été ajoutés en fin de liste, à des fins exploratoires. Ils ne sont pas pris en compte dans le calcul des indices portant sur les conduites à caractère violent, de façon à sauvegarder la possibilité de comparaison avec d'autres études nord-américaines. On trouvera à chacun des chapitres la description de chacun des items dans leur version «enfant», «conjointe» et «personne âgée».

1.2 PASSATION DE L'INSTRUMENT

1.2.1 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le volet sur la résolution de conflits dans l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 visait la mise à l'essai et la validation d'un instrument de mesure qui permettrait, éventuellement, d'évaluer la prévalence du recours à des conduites à caractère violent pour la résolution de conflits dans les familles québécoises. Toutefois, l'inclusion de ce volet dans une enquête générale auprès de la population soulevait divers problèmes d'ordre éthique, qui pouvaient différer selon que l'on choisisse d'intégrer le QRC au questionnaire

administré par l'interviewer (QRI) ou au questionnaire autoadministré (QAA). Par exemple, si on choisissait d'inclure le QRC dans l'entrevue en face-à-face, on se heurtait au problème de la confidentialité des données, particulièrement en ce qui concerne la violence faite aux enfants. D'une part, Santé Québec est tenu d'assurer au répondant que ses réponses demeureront confidentielles et anonymes; d'autre part, la Loi de la protection de la jeunesse oblige toute personne «qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis» à signaler sans délai la situation au directeur de la protection de la jeunesse.

Par ailleurs, advenant l'inclusion du questionnaire dans le QAA, que le répondant pouvait remplir à loisir et renvoyer plus tard par la poste, on estimait que la sécurité d'une personne victime de violence pourrait se trouver compromise, si par exemple l'agresseur mettait la main sur le questionnaire... rempli ou non. Enfin, on prévoyait aussi que dans certains cas, l'interviewer pourrait recevoir un appel à l'aide, devant lequel il ou elle risquait de se trouver démuni(e).

Ces raisons (parmi d'autres) ont incité Santé Québec à mettre sur pied un groupe de travail chargé de se pencher sur les divers aspects éthiques du projet, et, en outre, à solliciter un avis juridique sur les modalités d'application et les conséquences possibles de l'utilisation du QRC dans l'enquête générale. Une rencontre du groupe de travail sur les considérations éthiques avec les chercheurs a permis de s'entendre sur un mode de fonctionnement qui permettrait la solution des divers problèmes soulevés. On a opté, en particulier, pour un questionnaire autoadministré mais rempli en présence de l'interviewer et glissé immédiatement par le répondant dans une enveloppe qu'il scellait avant de la remettre. En aucun cas les interviewers ne pourraient prendre connaissance des réponses des participants. En outre, avant de remettre l'un ou l'autre des QRC au répondant, l'interviewer devait s'assurer d'être seul(e) avec la personne visée, c'est-à-dire qu'il ne devait y avoir personne d'autre (mis à part des enfants en bas âge) dans la pièce où l'interviewer se trouvait avec cette personne. Dans

l'impossibilité d'assurer cet isolement, l'interviewer ne remettait pas le questionnaire. Enfin, advenant une demande d'aide, l'interviewer devait, tout en témoignant sa sympathie, mentionner qu'il ou elle n'avait pas la compétence personnelle pour aider directement, et il devait orienter la personne vers la ressource appropriée en lui transmettant le nom et le numéro de téléphone des ressources pertinentes.

1.2.2 ÉCHANTILLON VISÉ

Santé Québec a utilisé trois questionnaires sur la résolution de conflits, dont chacun touchait un sous-échantillon parmi l'ensemble des 13 266 ménages, représentant 34 848 individus de tous âges, rejoints par l'enquête.

Le QRC «personnes âgées» s'adressait à tous les informateurs clés (répondants principaux du ménage) de 65 ans ou plus, hommes ou femmes. Au cours de la collecte des données de l'enquête, 2 001 personnes de 65 ans et plus ont agi comme informateurs clés, devenant ainsi éligibles à remplir ce questionnaire.

Par ailleurs, parmi les 16 010 ménages initialement sélectionnés pour l'enquête générale, 8 000 avaient été sous-échantillonnés pour le questionnaire sur la résolution de conflits conjugaux. La taille du sous-échantillon était celle estimée nécessaire pour obtenir 2 000 répondantes, en fonction des caractéristiques décrites un peu plus loin. Ce sous-échantillon était sélectionné de façon à obtenir un échantillon proportionnel à la population, selon les régions sociosanitaires et les aires homogènes. Les ménages faisant partie de ce sous-échantillon étaient identifiés par un astérisque, sur l'étiquette de la feuille d'énumération utilisée par l'interviewer.

Ce questionnaire sur la résolution de conflits s'adressait uniquement aux informateurs clés de sexe féminin de 18 à 64 ans; en effet, dans le cas où la répondante était âgée de 65 ans ou plus, l'interviewer devait plutôt lui remettre le QRC «personnes âgées». En outre, le

questionnaire s'adressait uniquement aux deux catégories de femmes suivantes : 1) les femmes vivant actuellement avec un conjoint, qu'elles soient mariées ou en union de fait; 2) les femmes séparées ou divorcées qui avaient eu des contacts avec leur ex-conjoint au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. L'interviewer devait donc poser des questions filtres (inscrites à l'endos du questionnaire) afin de savoir si la personne était éligible à remplir le QRC.

Quant au QRC «enfants», il s'adressait également aux répondantes principales d'un ménage identifié par un astérisque; s'il y avait au moins un enfant de 3 à 17 ans vivant dans le ménage, on invitait ces femmes à remplir le questionnaire sur la résolution de conflits avec les enfants[1]. S'il y avait plus d'un enfant de ce groupe d'âge habitant dans le ménage, le questionnaire ne portait que sur un seul d'entre eux, choisi selon une méthode décrite dans le chapitre 2. On visait l'obtention de 1 000 questionnaires complétés.

Toutefois, on s'est rendu compte après les deux premières vagues des entrevues[2] que la contrainte qu'on imposait à l'interviewer - de s'assurer d'être seul(e) avec la personne visée, avant de lui remettre l'un ou l'autre des QRC - exerçait une influence à la baisse sur les taux de réponse, non pas pour les personnes âgées, mais pour les femmes vivant en couple ou ayant des enfants à la maison, parfois difficiles à isoler; on a donc décidé, à la demande des chercheurs, d'augmenter par la suite la taille de l'échantillon, ce qui s'est fait au moment de la troisième vague pour le QRC «enfants», et lors de la quatrième vague seulement pour le questionnaire sur la résolution de conflits conjugaux. Cette décision a permis d'obtenir des échantillons suffisants pour les

---

1 Dans certains cas, une même femme pouvait donc être invitée à remplir tant le questionnaire sur les conflits conjugaux que le questionnaire sur les conflits avec les enfants, si elle répondait aux critères de sélection pour l'un et l'autre groupe.

2 L'enquête sociale et de santé se déroulait sur une année complète, en quatre «vagues» saisonnières.

fins de l'analyse. Cependant, pour diverses raisons, dont certaines sont mentionnées dans chacun des chapitres qui suivent, l'échantillon rejoint par chacun des QRC n'est pas représentatif de la population québécoise.

1.4 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ARIAS, I.; BEACH, S.R.H. (1987). Validity of self-reports of marital violence. *Journal of Family Violence,* vol. 2, p. 139-149.

BOUCHARD, C.; DUMONT, C. (1989). *La violence familiale sur le territoire de Ste-Thérèse : les enfants d'abord.* Rapport de recherche inédit, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal.

BOUCHARD, C.; TESSIER, R.; LAGANIÈRE, J.; FRASER, A. (1993). La violence familiale envers les enfants. Validité de la mesure et prévalence dans un quartier populaire urbain. *Les Cahiers de recherche du LAREHS,* vol. 2, 25 p.

CAPPEL, C.; HEINER, R.B. (1990). The intergenerational transmission of family aggression. *Journal of Family Violence,* vol. 5, p. 135-152.

CLAES, J.A.; ROSENTHAL, D.M. (1990). Men who batter women : A study in power. *Journal of Family Violence,* vol. 5, p. 215-225.

LAFERRIÈRE, S.; BOUCHARD, C. (1996). Illustration de la capacité discriminante du Questionnaire sur la résolution des conflits dans la mesure de la violence parentale. *Revue canadienne des sciences du comportement,* vol. 28, p. 70-73.

MARGOLIN, L.; LARSON, O.W. (1986). Assessing Mothers' and Fathers' Violence Toward Children as a Function of Their Involuntary Participation in Family Work. *Journal of Family Violence,* vol. 3, p. 209-225.

STETS, J.E.; STRAUS, M.A. (1989). The Marriage License as a Hitting Licence. A Comparison of Assaults in Dating, Cohabiting and Married Couples. *Journal of Family Violence,* vol. 4, p. 161-181.

STRAUS, M.A. (1979). Measuring Intrafamily Conflict Violence : the Conflict Tactics Scales (CTS). *Journal of Marriage and the Family*, vol. 41, p. 75-88.

STRAUS, M.A.; GELLES, R.J.; STEINMETZ, S.K. (1980). *Behind Closed Doors : Violence In The American Family*. Anchor Press/Doubleday, New York.

STRAUS, M.A.; GELLES, R.J. (1986). Societal Change in Family Violence From 1975 to 1985 as Revealed by Two National Surveys. *Journal of Marriage and the Family*, vol. 48, p. 465-479.

STRAUS, M.A.; GELLES, R.J. (1990). *Physical Violence in American Families : Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*. Transaction Publishers, New Brunswick.

TESSIER, R.; PILON, N.; FECTEAU, D. (1985). Étude méthodologique d'un instrument de mesure des conduites de contrôle parental : fiabilité et validité des construits. *Canadian Journal of Behavioural Sciences*, vol. 17, p. 62-73.

CHAPITRE

CONDUITES À CARACTÈRE VIOLENT À L'ENDROIT DES ENFANTS

2

Camil Bouchard, LAREHS, Université du Québec à Montréal

Réjean Tessier, École de psychologie, Université Laval

2.1 ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1.1 AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE

On dispose de quelques études dites «de population» portant sur l'ampleur de la violence domestique envers les enfants. Ces études émanent principalement du Laboratoire de recherche sur la famille de l'Université du New Hampshire et portent sur la population des enfants américains. Selon la dernière enquête de ce laboratoire, 63 % des parents américains font appel à des conduites verbales à caractère violent envers leur enfant plus de douze fois durant une même année. Par ailleurs, près de 100 % des enfants de moins de trois ans avaient été, selon les déclarations de leurs parents, frappés au moins une fois durant l'année précédant l'enquête nationale. Ce taux tombe à 37 % chez les jeunes de 15 à 17 ans. Les indices de conduites physiques à caractère très violent indiquent par ailleurs que 11 % des enfants américains font l'objet de violence d'une gravité telle qu'on pourrait la considérer comme un abus au sens de la loi. Cela représenterait un nombre absolu de 6,5 millions d'enfants qui, chaque année, font l'objet de sévices graves aux États-unis. Si un tel taux était appliqué au Québec, il faudrait admettre qu'environ 165 000 enfants subissent annuellement des agressions physiques à caractère très violent, ce qui dépasse très largement les quelque 1 000 enfants et jeunes annuellement pris en charge par les services de la protection de la jeunesse pour abus physiques.

Cependant, on ne peut d'aucune façon admettre une telle transposition des taux américains au contexte québécois comme étant valide, nos politiques sociales, économiques et de services présentant de très importantes différences. On ne peut non plus ignorer les différences qui marquent les identités américaine et québécoise sur le plan de la culture de la violence, de l'entraide et de l'intégration sociale et économique des communautés minoritaires (Chamberland *et al.*, 1986). Ces éléments exercent une influence importante sur l'adoption des conduites domestiques violentes, notamment à l'égard des enfants.

Les données québécoises originales témoignant de l'ampleur de la violence domestique envers les enfants dans la population (et non pas dans les services) sont à toutes fins pratiques inexistantes. De fait, on ne compte que sur deux enquêtes régionales portant sur l'ampleur du phénomène dans des échantillons non cliniques. Une première enquête téléphonique (menée en 1989 par le Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (LAREHS) de l'Université du Québec à Montréal auprès de 710 familles d'une région au nord de l'île de Montréal (Bouchard et Dumont, 1989) révèle un taux de violence physique mineure de 52 % et de conduites violentes graves de 5,1 %. Ce dernier taux, émanant d'une communauté considérée à risque faible de violence, compte tenu de sa composition sociodémographique, indiquerait que le taux des enfants victimes dépasse de dix fois au moins le taux d'abus physique signalé aux directeurs de la protection de la jeunesse du Québec. Une autre étude menée conjointement par le LAREHS et le Groupe de recherche sur les inadaptations psychosociales chez l'enfant (GRIP) de l'Université Laval (Bouchard *et al.*, 1993) dans un quartier urbain très défavorisé aboutit à un taux de 90 % de conduites verbales ou symboliques à caractère violent, de 81 % de violence physique mineure (incluant la gifle ou la fessée), et de 22 % de violence grave envers des enfants de 4 à 12 ans. Ce dernier indice est de 44 fois supérieur au taux d'abus physique, tel que retenu par les services québécois de protection de l'enfance et d'environ dix fois supérieur au taux d'abus physique signalé chez le directeur de la protection de la jeunesse. Ces résultats justifient à eux

seuls la nécessité de compter sur des données portant sur un échantillon plus général des enfants québécois.

2.1.2 IMPACT SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS

Les effets de l'agression et de la punition physique sur le développement des enfants sont assez bien connus. Les problèmes physiques ou médicaux associés à la violence grave envers les enfants sont évidents lorsqu'on examine les données concernant les traumatismes et les décès engendrés par de telles conduites. En ce qui a trait aux problèmes d'ordre psychologique associés à la violence subie par les enfants, Straus et Gelles (1990) ont demandé aux parents d'indiquer les «difficultés spéciales» que pouvait présenter leur enfant. Les résultats de cette enquête montrent que les enfants sévèrement punis ou violentés seraient plus nombreux à éprouver des difficultés à se faire des amis, à réussir à l'école, à contrôler leurs émotions, à contrôler leurs comportements à l'école et à la maison. Ils seraient aussi plus nombreux à se bagarrer, à agresser les autres enfants et les adultes de la maison ou à s'attaquer aux adultes en dehors de la maison. On les retrouve davantage dans les statistiques de délinquance, de vandalisme, d'alcoolisme, de larcins ou autres crimes.

De plus en plus d'études révèlent l'impact spécifique et puissant que la violence psychologique peut exercer sur le développement des enfants et des jeunes. Ainsi, Vissing *et al.* (1991) rapportent que l'expérience de tels abus augmente sérieusement la probabilité que les enfants et les jeunes développent des problèmes de délinquance et des problèmes d'affiliation et d'agression avec les autres enfants, aussi bien chez ceux et celles qui auront subi la violence physique que chez ceux ne subissant que des agressions verbales ou symboliques. On retrouve fréquemment dans ces études des conséquences telles que les comportements autodestructeurs, les relations anxieuses et ambivalentes envers les figures d'attachement (Claussen et Crittenden, 1991), le retrait social et l'adoption d'une vision pessimiste ou hostile du monde des adultes. Selon Crittenden *et al.* (1994), les abus de type psychologique (menaces, humiliations, exploitation, terreur, rejet,

abandon, refus d'affection...) sont, parmi les types de mauvais traitements, ceux qui représentent la plus grande menace au développement des enfants, notamment en ce qui a trait aux problèmes d'agressivité de l'enfant, à sa capacité à soutenir l'attention et à ses problèmes de comportement en général. Les études portant sur les mères impliquées dans l'abus de leurs propres enfants font souvent état d'un passé où le rejet et la menace d'abandon et de violence (formes de violence psychologique), et non pas l'abandon comme tel, étaient omniprésents (Hart et Brassard, 1991). Brassard *et al.* (1995) ont cependant récemment fait état de données montrant que ce ne seraient pas tant les agressions psychologiques en soi qui engendreraient des difficultés chez les enfants, mais plutôt le déséquilibre créé par la présence massive de ces agressions en l'absence de conduites plus chaleureuses et aimantes de la part des parents.

Rappelons par ailleurs que les mesures de la violence psychologique reposent encore sur une base conceptuelle très volatile. Brassard *et al.* (1993) affirment, à partir d'une approche sociale normative, qu'il s'agit «de modèles de comportements répétés qui communiquent à l'enfant qu'il est moins que rien, mal aimé, non désiré ou qu'il représente seulement une occasion pour les autres de combler leurs besoins» (p.715, notre traduction). Fortin (1992), empruntant aussi à cette approche, y inclut tous les comportements (sauf les abus physiques) omis ou commis envers l'enfant qui, dans le contexte de notre société, représenteraient des abus. Garbarino *et al.* (1986) y incluent les expressions de rejet, de terrorisme, d'humiliation, les conduites d'isolement de l'enfant ou de corruption. McGee et Wolfe (1991) émettent plusieurs réserves vis-à-vis de la plupart des typologies et en appellent à une opérationnalisation du concept qui reconnaîtrait la violence psychologique comme «un modèle inapproprié de communication des parents envers leurs enfants qui pourrait avoir pour effet de mettre en péril la capacité des enfants de résoudre les tâches normales exigées par leur développement» (p. 14). Ce débat met bien en lumière toute la difficulté de mesurer des gestes et des conduites

dont le caractère violent tient en partie à la nature du geste, mais aussi à la culture, au contexte et à l'histoire des relations entre les acteurs en cause. Les efforts contemporains pour l'élaboration d'une mesure opérationnelle de la violence psychologique sous une forme utilisable dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques sont quasi inexistants, si ce n'est la présence de quelques items qui apparaissent sous un même facteur de «violence symbolique» dans le *Conflict Tactics Scales (CTS)* (Straus, 1979).

2.1.3 FACTEURS ASSOCIÉS AUX CONDUITES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES À CARACTÈRE VIOLENT ENVERS LES ENFANTS

LES CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS

Les enfants qui présentent un tempérament difficile sont plus à risque de violence. Le sexe (genre) des enfants pourrait être une variable pertinente ici, les garçons se montrant plus difficiles à socialiser que les filles et présentant davantage de problèmes d'externalisation propres à confronter les adultes qui en ont la responsabilité (Straus *et al.*, 1980). De fait, selon ces derniers, les garçons ont 60 % plus de risques que les filles d'être blessés par leurs parents. Par ailleurs, les enfants qui présentent un handicap chronique majeur sont surreprésentés dans les cas d'abus (violence psychologique, violence physique, rejet, abandon) (Belsky, 1980; 1993 pour une analyse détaillée de l'écologie des mauvais traitements infligés aux enfants).

L'âge des enfants influence également la fréquence et le type de violence qu'ils peuvent subir (Garbarino *et al.*, 1986). La violence mineure et la violence verbale/symbolique pourraient davantage être le lot des enfants de trois à dix ans tandis que la violence physique grave serait beaucoup plus présente chez les enfants de deux à quatorze ans. Alors que la violence extrêmement grave ne serait pas reliée à l'âge (Wauchope et Straus *in* Straus et Gelles, 1990), certaines formes de violence grave, comme par exemple le fait d'assener des coups à un enfant avec un objet, apparaissent plus fréquemment chez les enfants de six ou sept ans pour diminuer ensuite. Par ailleurs, une étude de l'American Humane Association (1980) conclut que la violence

physique grave est davantage le lot de plus jeunes enfants (5,54 ans de moyenne). Par comparaison, l'âge moyen des enfants serait de 8,29 ans pour la violence mineure. Hegar *et al.* (1994) font état de plusieurs études qui rapportent la présence de blessures plus graves chez les tout-petits victimes de violence physique.

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA FAMILLE

La structure familiale est souvent mise en cause dans les taux de signalement d'abus envers les enfants. On pense que la surcharge de rôles, la détérioration des conditions de vie et le manque d'aide de la part d'un conjoint seraient les principaux facteurs associés à une surreprésentation des familles monoparentales, du moins dans les statistiques émanant des services de protection (Belsky, 1980; McLoyd, 1990). On sait peu de choses des familles recomposées à cet égard, mais on peut émettre l'hypothèse qu'on y retrouvera plus de violence, vu le manque de liens d'attachement entre un des adultes et l'enfant et vu les tensions inhérentes à une réorganisation. Par ailleurs, les couples en union de fait présenteraient plus de violence à l'endroit des enfants et entre les conjoints que les couples mariés (Bouchard et Dumont, 1989; Yllo et Straus, 1990).

Le nombre d'enfants semble jouer un rôle dans l'utilisation des modes violents de résolution des conflits (Gelles, 1974); la courbe se présente comme un U inversé, la violence se présentant davantage chez les familles de quatre ou cinq enfants et moins fréquemment chez les familles plus nombreuses ou moins nombreuses. Il se pourrait que le manque d'espace dans l'unité de logement, associé à une surcharge de responsabilités non encore partagées avec les aînés de la fratrie, accentue les risques de comportements violents.

LES CONDITIONS DE VIE

La situation financière précaire de la famille a souvent été mise en cause pour expliquer les taux de mauvais traitements envers les enfants; les modèles explicatifs les plus valides de la violence faite aux enfants dans leur famille présentent toujours cet élément comme un

facteur extrêmement important (Belsky, 1980; 1993; Straus *et al.*, 1980; Gil, 1977; Bouchard *et al.*, 1983; Zuravin, 1989). Les familles pauvres doivent s'adapter quotidiennement à de plus nombreux facteurs de stress que les autres, ce qui taxe leurs ressources devant de nouvelles demandes de l'environnement. L'incapacité de contrôler les sources de stress, couplée à l'incapacité de faire face au stress lui-même, entache l'estime que les parents se portent et qu'ils portent à leurs enfants devenus des fardeaux. De plus, les parents aux prises avec la pauvreté se voient souvent forcés de s'installer dans des voisinages où les sources d'aide sont rares et où ils se retrouvent plus isolés (Klebanov *et al.*, 1994).

LES CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS

Plusieurs caractéristiques parentales ont été mises en cause dans l'utilisation de la violence abusive envers les enfants. Parmi celles-ci, la référence à des normes permissives vis-à-vis de l'utilisation de la punition physique, les croyances erronées concernant le développement des enfants, les perceptions négatives des comportements de l'enfant, le recours à une approche très autoritaire, l'expérience d'une enfance marquée au sceau de la négligence et de la violence, le jeune âge des parents au premier enfant apparaissent dans plusieurs ouvrages. La présente enquête ne nous fournit cependant pas de données là-dessus.

Par ailleurs, les problèmes psychologiques et comportementaux présents chez les parents ont un lien avec l'utilisation de comportements violents envers les enfants (Garbarino *et al.*, 1986; Straus *et al.*, 1980). Ainsi la consommation excessive d'alcool, la consommation de drogues, un niveau élevé de détresse psychologique et la présence d'idées suicidaires notamment, fournissent des informations précieuses sur ces problèmes.

Certains éléments reliés à la vie sociale des parents les protègent contre l'utilisation de la violence tandis que d'autres les mettent en contact avec des normes et éléments de soutien capables de les orienter différemment (Chamberland *et al.*, 1986; Garbarino *et al.*,

1986). Ainsi, le degré d'isolement des parents, leur niveau de soutien social, leur satisfaction quant à leur vie sociale, et la rareté des sources de soutien disponibles, notamment en ce qui a trait à la présence d'un confident, comptent parmi les variables importantes à scruter.

Le niveau de scolarité pourrait aussi avoir un impact sur le mode de résolution des conflits entre parents et enfants (Belsky, 1980; Bouchard, 1981), bien que ce lien ne soit pas absolument clair. La faible scolarisation de la mère serait observée plus souvent dans le cas des conduites conjugales à caractère violent (Gelles, 1974). Cette association pourrait être indirecte, via le manque de provision d'aide, plus facilement accessible aux mères plus éduquées capables de mettre à profit ce capital social.

Enfin, le mode violent de résolution des conflits entre conjoints (Bouchard et Dumont, 1989; Straus *et al.*, 1980) représente un marqueur puissant de l'utilisation de la violence envers les enfants.

Bref, un ensemble assez imposant de facteurs sont associés aux conduites à caractère violent exercées à l'endroit des enfants. On est encore loin cependant de comprendre clairement la dynamique d'interaction de ces facteurs, surtout en ce qui a trait à la violence qui ne serait pas considérée comme un abus ou un mauvais traitement envers l'enfant au sens de la loi. Ce dernier champ de recherche a davantage été exploré et nombre d'études examinent les effets d'interaction entre la pauvreté familiale, la pauvreté du milieu résidentiel, la pauvreté de l'environnement social des individus et des familles et certaines caractéristiques personnelles des enfants et des adultes dans la genèse et le maintien de relations violentes entre parents et enfants (Belsky, 1980; 1993; Garbarino et Kostelny, 1992; Zuravin, 1989).

2.2 ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Essentiellement, ce volet porte sur les conduites violentes à l'égard des enfants. Il poursuit les trois objectifs précités pour

l'ensemble de l'étude : 1) examen de faisabilité et validation, 2) identification des liens entre les variables personnelles, économiques et sociales et les taux de conduites violentes envers les enfants et 3) mesure d'un taux de telles conduites pour l'échantillon.

2.2.1 PROCÉDURE DE COLLECTE DES DONNÉES

Le questionnaire s'adressait uniquement aux mères, biologiques ou non. Par ailleurs, seules les mères d'enfants de 3 à 17 ans étaient éligibles, parce que les études québécoises de validation n'ont porté que sur ce groupe de familles.

Suite à la passation des instruments de l'enquête principale, les interviewers offraient aux répondantes préalablement sélectionnées la possibilité de remplir elles-mêmes un questionnaire sur la résolution des conflits avec leur enfant. En cas d'acceptation, on remettait le questionnaire à la répondante.

Une courte introduction présentait le questionnaire comme un instrument permettant de mesurer comment les membres d'une même famille arrivent à solutionner leurs conflits. L'instrument ainsi présenté, les répondantes sont placées dans une situation de normalité puisque la présence de conflits risque d'être le lot de la très grande majorité des familles (Straus et Gelles, 1990). Le questionnaire ne porte que sur un seul enfant de la famille; si cette dernière comptait plus d'un enfant de 3 à 17 ans, l'interviewer demandait à la répondante de sélectionner celui dont la date de naissance est la plus rapprochée dans l'avenir, en d'autres termes, le prochain à célébrer son anniversaire. La répondante devait garder en mémoire le prénom de cet enfant et remplir le questionnaire en pensant uniquement à celui-ci. Après avoir pris connaissance d'un exemple de question-réponse, la participante était invitée à compléter le questionnaire par elle-même et à demander de l'aide si nécessaire. Le questionnaire complété, elle le glissait dans une enveloppe qu'elle remettait, scellée, à l'interviewer. Dans la majorité des cas (82 %), ce n'est pas un mais deux questionnaires que la participante glissait dans l'enveloppe, puisqu'elle avait été invitée à

remplir aussi, en séquence, celui portant sur la résolution des conflits entre conjoints, ce qui a permis d'étudier la cooccurrence potentielle de formes de conduites à caractère violent dans les dyades parents-enfants et conjoint-conjointe.

À la fin de l'entrevue, l'interviewer remettait à la participante des numéros de téléphone de services pouvant lui venir en aide si elle en ressentait le besoin. En aucun cas, les interviewers ne pouvaient prendre connaissance des réponses des participantes. Dans les cas où celles-ci se seraient confiées, les interviewers avaient instruction d'informer la participante qu'ils mettaient fin à l'entrevue et de l'informer des sources possibles d'aide et des lois en vigueur concernant les cas de mauvais traitements envers les enfants et la violence conjugale. Dans le cas de fortes présomptions de sévices faits à un enfant, l'interviewer était tenu de signaler la situation au Directeur de la protection de la jeunesse.

2.2.2 ÉCHANTILLON ET TAUX DE RÉPONSE

Dans le cas de l'application du QRC pour la mesure de la violence envers les enfants, l'échantillon final se compose de 812 répondantes qui déclarent avoir au moins un enfant entre 3 et 17 ans. Ce nombre représente 46 % des dossiers sélectionnés (N = 1758). Un certain nombre de mères ont refusé de répondre (N = 44), d'autres ont remis un questionnaire non complété dont la raison est inconnue (N = 64) tandis que la plupart des non participantes (N = 691) n'ont pu être interrogées faute de leur assurer une complète intimité lors de l'administration des questionnaires. En effet, afin d'assurer une plus grande validité aux données et d'assurer la quiétude des répondantes, les interviewers avaient reçu la consigne de demander la collaboration des personnes admissibles seulement si on pouvait les isoler du reste de la famille. Ainsi, la présence d'un enfant de trois ans ou plus ou la présence d'un autre adulte du ménage dans la même pièce disqualifiait la répondante. Si l'on exclut de la base de calcul le nombre de ces personnes impossibles à isoler et les personnes sélectionnées mais classifiées comme non éligibles (N = 147) le taux de participation serait

plutôt de l'ordre de 85 %.

2.2.3 CARACTÉRISTIQUES DE LA NON-RÉPONSE

Des analyses basées sur le test du chi carré comparant l'ensemble des participantes et des non-répondantes éligibles ont été effectuées à titre indicatif; elles n'indiquent pas de différences entre les groupes à propos des variables suivantes, fréquemment associées à des taux plus élevés de conduites à caractère violent : risques liés à la consommation d'alcool chez les pères et chez les mères, âge des pères et des mères, niveau de soutien social, scolarité des pères et des mères, satisfaction concernant les relations avec les enfants, participation des mères au marché du travail et nombre d'enfants dans la famille. Cependant, le groupe des participantes compte plus de familles monoparentales (24 % c. 17 %) ce qui est sans doute associé au fait qu'on y retrouve moins de familles à revenus supérieurs (5 % c. 9 %). Le pourcentage des pères exclus du marché du travail depuis plus d'un an y est également inférieur (6 % c. 9 %).

Par ailleurs, il se pourrait que l'obligation de n'offrir qu'aux répondantes «isolables» la possibilité de participer à l'étude puisse engendrer des biais. La comparaison des caractéristiques des répondantes participantes et des répondantes non-isolables confirme cette hypothèse : les non-isolables se retrouvent davantage dans les familles où il y a plus d'enfants, ce qui pourrait sous-estimer les taux observés, les familles nombreuses étant habituellement plus associées aux conduites à caractère violent. Par ailleurs, il s'avère plus difficile d'isoler les mères de familles biparentales et recomposées que les mères de familles monoparentales. Les mères appartenant à des familles à revenu supérieur sont aussi plus difficilement isolables. Selon la documentation scientifique, l'aisance financière et la structure familiale biparentale seraient moins fortement associées à l'utilisation de conduites violentes; on peut donc encore une fois inférer la possibilité d'une sous-estimation des taux obtenus. Autrement, il n'y a pas de différence entre le groupe des participantes et celui des non isolables sur des variables qui, on le verra plus loin, pourraient être

associées à l'adoption de conduites à caractère violent envers les enfants : durée de la pauvreté, risque lié à l'usage d'alcool, niveau de détresse psychologique, soutien social, polyusage d'alcool et de drogues ou tendances suicidaires.

2.2.4 PORTÉE ET LIMITES DES DONNÉES

L'ensemble de ces observations indique que l'échantillon de participantes n'est pas représentatif et se démarque de la population globale sur un ensemble de variables. Les biais créés par ces différences sont cependant difficiles à évaluer, certaines étant davantage associées à l'utilisation plus fréquente de conduites à caractères violent et d'autres non. Il se pourrait donc que les effets de ces différences soient nuls, certains ayant une incidence à la baisse et d'autres à la hausse. La prudence incite donc à ne pas référer aux taux identifiés autrement qu'à des taux se rapportant à l'échantillon et ne pas généraliser les résultats à l'ensemble de la population des familles québécoises avec enfants de 3 à 17 ans.

Il faut noter aussi d'une part qu'on ignore si c'est la mère, son conjoint ou un autre adulte du ménage qui est l'agresseur et d'autre part que les caractéristiques disponibles dans l'enquête au sujet du conjoint de la répondante ne sont pas nécessairement celles du père biologique de l'enfant ou de l'agresseur.

Pour les fins de la présente analyse, cinq indices de conduites à caractère violent ont été extraits : la violence verbale ou symbolique (items 4, 5, 6, 8, 9 et 10), la violence physique mineure (items 11, 12 et 13), la violence physique grave I (items 14, 15, 16, 17, 18 et 19), la violence physique grave II (items 14, 16, 17, 18 et 19) et la violence physique totale (items 11 à 19 inclusivement). Comme les scores de violence mineure et de violence totale sont associés, on écartera ce dernier score des analyses. Par ailleurs, l'indice de violence physique grave de type II sera aussi mis de côté. Cet indice exclut de la mesure de la violence grave l'item 15 (frapper l'enfant avec un objet), à partir du fait qu'un grand nombre de parents américains utilisent encore ce

mode de correction avec leurs enfants et le jugent normal. Dans leur dernière enquête, Straus et Gelles (1990) s'appuient plutôt sur l'idée que l'utilisation d'une telle stratégie de résolution de problèmes comporte des risques pour la sécurité des enfants et adoptent la forme de violence physique grave de type I (qui inclut cet item) comme indice équivalent à l'abus physique. Le taux de chacun des indices (violence verbale/symbolique, violence physique mineure, violence grave) est établi à partir du nombre d'enfants qui ont vécu au moins une des situations évoquées dans l'indice à au moins une occasion durant l'année ayant précédé l'enquête. Ainsi, pour qu'apparaisse un enfant dans la statistique du taux de violence verbale/symbolique, il suffira que la répondante déclare que l'enfant a vécu au moins une fois une des six situations évoquées dans les questions 4 à 10 (excluant la question 7).

2.3 RÉSULTATS

2.3.1 PRÉVALENCE ANNUELLE DE CONDUITES À CARACTÈRE VIOLENT ENVERS LES ENFANTS ET LES JEUNES DE L'ÉCHANTILLON

Les résultats présentés dans cette première section du chapitre visent à présenter la prévalence de comportements de violence envers les enfants tels que rapportés par les mères d'enfants de 3 à 17 ans. Les taux rapportés ne peuvent être considérés comme des taux représentant la situation de tous les enfants québécois, l'échantillon n'étant pas représentatif de la population québécoise.

La présente section décrit l'ampleur du phénomène dans l'échantillon, et les suivantes décrivent les proportions d'enfants de l'échantillon objets de conduites à caractère violent, suivant divers aspects contextuels : les caractéristiques de l'enfant (âge, sexe), de la famille (structure familiale, statut matrimonial et nombre d'enfants), les conditions de vie (emploi, revenu, exclusion du marché du travail), le milieu social des parents (isolement, soutien), les habitudes de vie des parents (consommation d'alcool, drogue) et enfin l'état psychologique des parents. La dernière partie fait état des liens entre la violence à l'égard de la conjointe et le recours aux conduites à caractère violent

envers les enfants et aborde la question de la cooccurrence des diverses formes de violence dans la vie des enfants.

Parmi les enfants couverts par l'échantillon, 48 % auraient été l'objet de conduites symboliques, verbales ou non verbales à caractère violent au moins une fois pendant les douze mois ayant précédé l'enquête. Le taux baisse à 27 % lorsqu'il s'agit de violence physique mineure et à 4 % pour les conduites physiques graves (tableau 2.1). Ce premier aperçu nous indiquerait que les parents québécois de l'échantillon sont, dans l'ensemble, moins violents que les parents américains, ce qui sied bien à ce que nous connaissons aussi du phénomène de l'enfance maltraitée (Chamberland *et al.*, 1986). La prévalence annuelle pour chacun des items du questionnaire apparait au tableau A.2.1 en annexe.

TABLEAU 2.1

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent envers les enfants de 3 à 17 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993

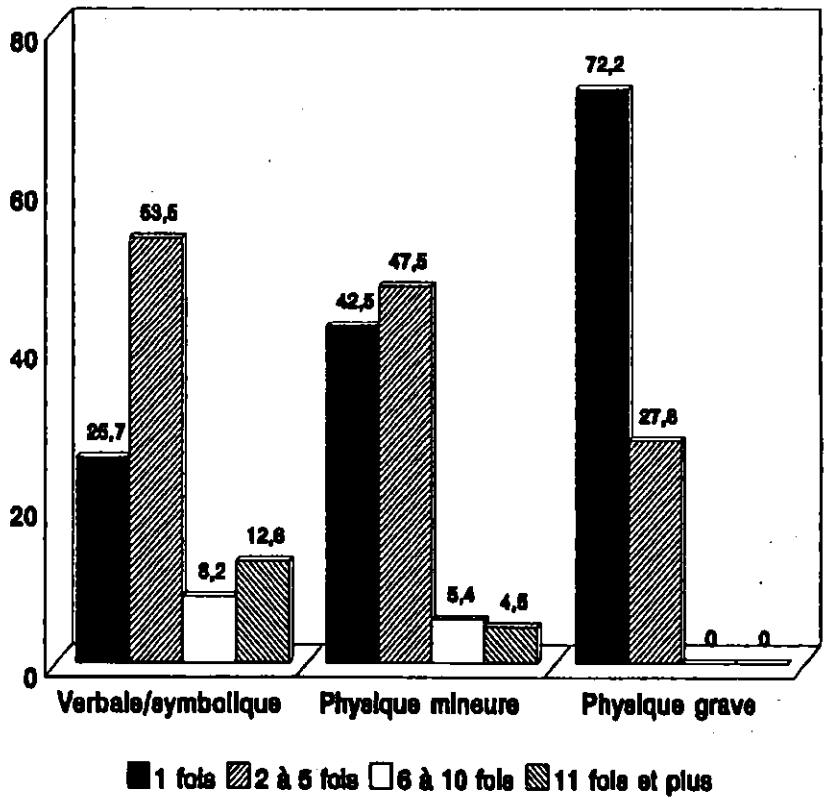
TYPE DE CONDUITE	%	n
VERBALE/SYMBOLIQUE	47,9	389
PHYSIQUE MINEURE	27,4	221
PHYSIQUE GRAVE	4,4	36

Par ailleurs, les taux doivent être compris en prenant aussi en considération la fréquence dans l'utilisation des divers types de violence. Les conduites violentes graves sont, en majorité (72 %), rapportées davantage comme des incidents isolés (graphique 2.1). Par ailleurs parmi les enfants qui ont vécu de la violence, 54 % auront été l'objet de violence verbale/symbolique deux à cinq fois durant l'année ayant précédé l'enquête, 48 % dans le cas de la violence dite mineure et 28 % dans le cas de la violence grave; alors que 13 % des répondantes dont l'enfant a été victime de conduites verbales/

symboliques à caractère violent indiquent un recours régulier (onze fois et plus) à la violence symbolique. Cela dénote que, pour une part importante, les épisodes de conduites à caractère violent, dont les enfants et les jeunes de l'échantillon font les frais, ne sont pas que des incidents isolés.

GRAPHIQUE 2.1

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type et la fréquence de ces conduites, Enquête sociale et de santé 1992-1993



Il ne faut pas perdre de vue non plus que même si les taux de violence, et particulièrement de la violence grave, sont plus élevés que ceux tirés des statistiques de la protection de la jeunesse, ils ne rendent pas compte de toutes les expériences violentes vécues par tous les enfants. La crainte de dévoiler des situations embarrassantes, de voir intervenir les autorités ou encore le simple désir d'oublier un événement pénible peuvent créer des biais dans la réponse. Sans compter le fait que les items évoqués dans le questionnaire ne couvrent pas toutes les variétés de scénarios violents auxquels les enfants peuvent être soumis.

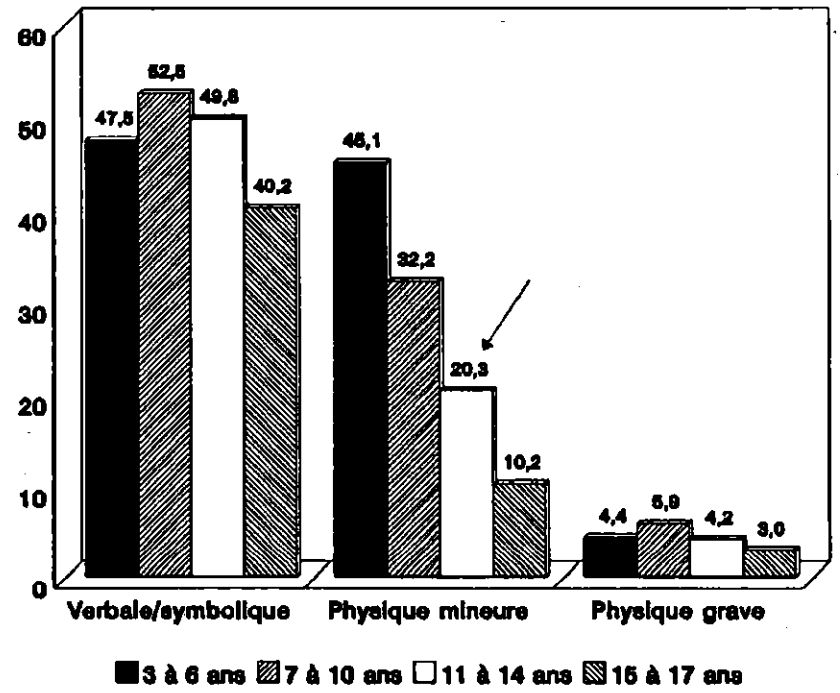
2.3.2 PRÉVALENCE SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS

Les taux de violence physique mineure rapportés varient selon l'âge des enfants (graphique 2.2); ils décroissent d'un groupe d'âge à l'autre, les plus jeunes étant plus nombreux à être objets de violence mineure (45 %) alors que les plus âgés le sont le moins (10 %). Cette relation n'est pas aussi évidente pour la violence symbolique non plus que pour la violence grave bien que les taux rapportés aient tendance à être plus faibles chez les enfants plus âgés. Les résultats obtenus ici vont dans le sens de la majorité des résultats obtenus avec ce même questionnaire.

Par ailleurs, malgré une tendance à l'effet que les garçons plus que les filles vivraient de la violence physique mineure, cette différence n'est pas significative dans l'échantillon. Cela va à l'encontre des observations de Maccoby et Jacklin (1974) et des données plus récentes de Wauchope et Straus (1990) qui rapportent qu'un plus grand nombre de parents utilisent la punition physique envers leur garçon (violence physique mineure) qu'envers leur fille.

GRAPHIQUE 2.2

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et l'âge des enfants, Enquête sociale et de santé 1992-1993



↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$).

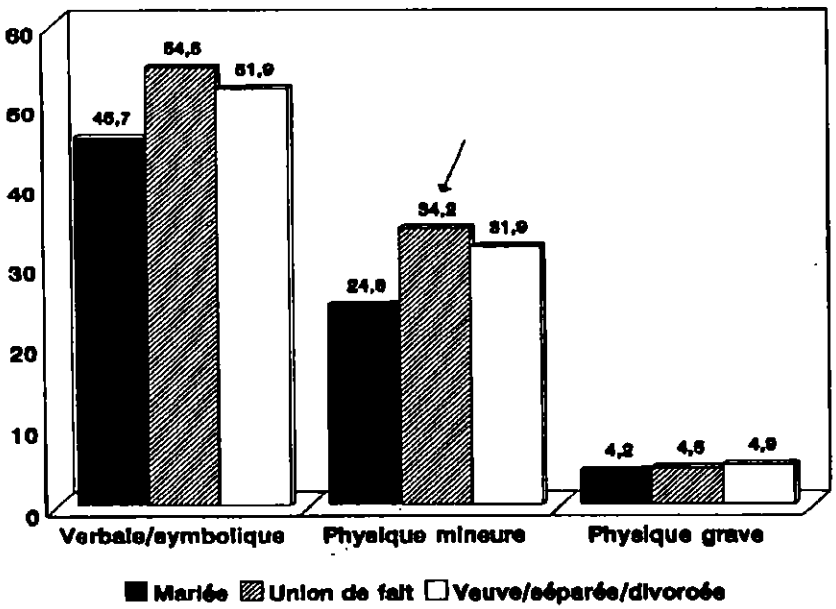
2.3.3 PRÉVALENCE SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE LA FAMILLE

Les enfants de parents vivant en union de fait apparaissent proportionnellement plus nombreux dans les statistiques de violence mineure (34 %) que les enfants de familles dont les parents sont mariés (25 %). Cette relation apparaît aussi comme tendance (non

significative) dans le cas de la violence symbolique. Quelques recherches ont déjà fait état de taux plus élevés de violence conjugale chez les couples en union de fait (Yllo et Straus, 1981). Il se pourrait que le style de résolution des conflits plus violent de ces couples se répercute sur la gestion des comportements conflictuels avec les enfants. Ce lien sera confirmé plus loin alors que les relations entre la présence de violence envers la conjointe et les taux de conduites à caractère violent envers les enfants seront examinés.

GRAPHIQUE 2.3

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le statut matrimonial de la répondante, Enquête sociale et de santé 1992-1993

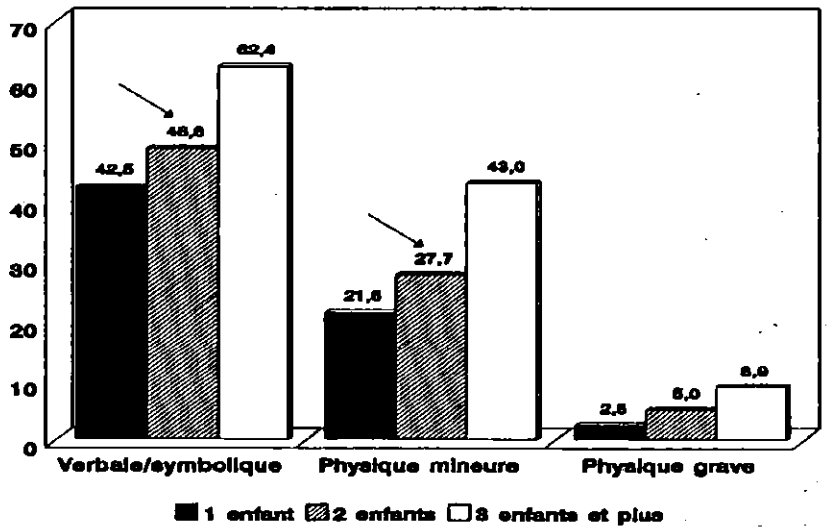


↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$).

Comme prévu, une plus forte proportion de conduites à caractère violent est observée dans les familles comptant un nombre plus élevé d'enfants surtout sous leurs formes symbolique (62 %) et physique mineure (43 %) (graphique 2.4).

GRAPHIQUE 2.4

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le nombre d'enfants de moins de 18 ans dans la famille, Enquête sociale et de santé 1992-1993



↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$).

2.3.4 PRÉVALENCE SELON LES CONDITIONS DE VIE

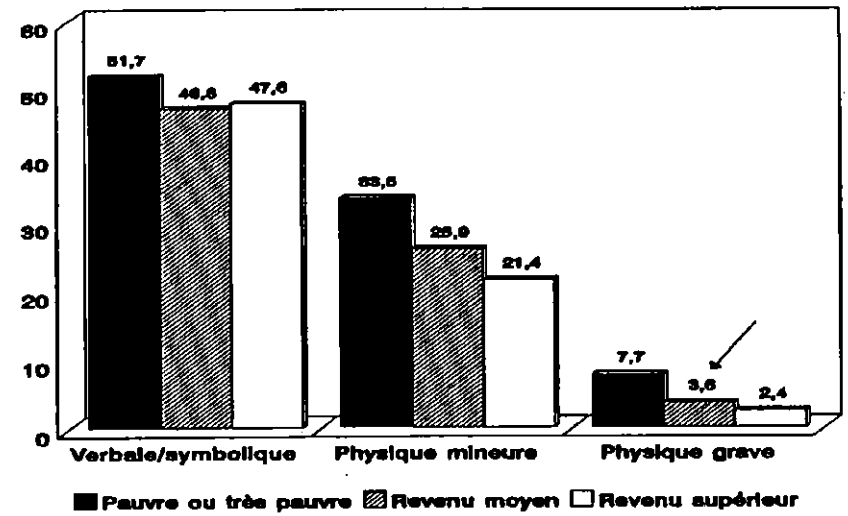
Les conditions de vie ont un impact important sur la capacité des parents à maintenir des relations harmonieuses et pacifiques avec les enfants. La patience des parents, leur endurance et leur implication sont lourdement taxées par le manque de ressources. On a examiné

le lien entre les taux de violence envers les enfants et les variables suivantes : le niveau de revenu, la perception de sa situation financière, la durée de l'exclusion du marché du travail, la durée de la pauvreté perçue et le degré d'autonomie décisionnelle. Ces relations sont étudiées aussi bien pour la mère que son conjoint.

En ce qui a trait au niveau de revenu, on constate que les enfants de familles pauvres subissent de la violence physique grave en plus grand nombre que les autres (8 % c. 4 % et 2 %) (graphique 2.5). La tendance est la même, quoique non significative dans l'échantillon, pour ce qui est de la violence mineure.

GRAPHIQUE 2.5

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le niveau de revenu du ménage, Enquête sociale et de santé 1992-1993

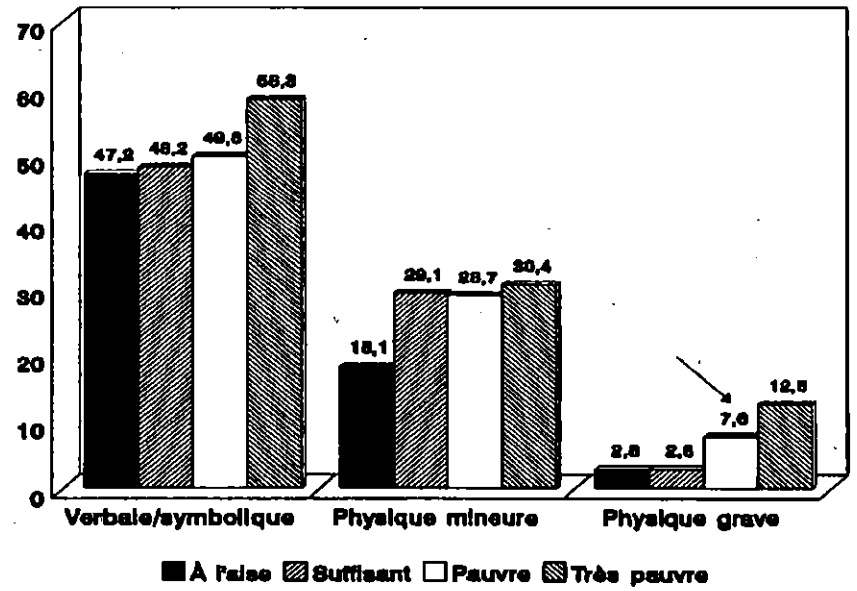


↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$).

La perception qu'ont les mères de leur situation financière est aussi associée à l'utilisation de conduites à caractère violent, surtout en ce qui a trait aux formes les plus graves (graphique 2.6). On observe en effet un taux de 3 % chez les mères se percevant à l'aise ou considérant leur revenu comme suffisant et de 8 % et 13 % chez les pauvres et les très pauvres. Bien que l'on retrouve les mêmes tendances à propos des données relatives aux pères, elles ne sont pas significatives dans cet échantillon.

GRAPHIQUE 2.6

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et la perception de sa situation financière par la mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993

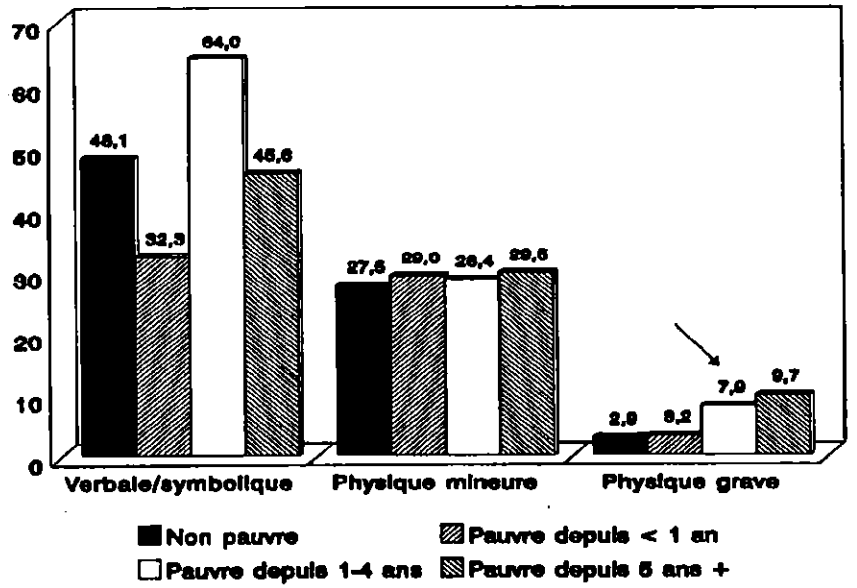


↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$).

Le graphique 2.7 indique que la durée de la pauvreté perçue par la mère est associée à la violence physique grave, puisque la prévalence est nettement plus élevée en présence de pauvreté depuis 1 à 4 ans ou 5 ans et plus (8 % et 10 %).

GRAPHIQUE 2.7

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et la durée de la pauvreté perçue par la mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993



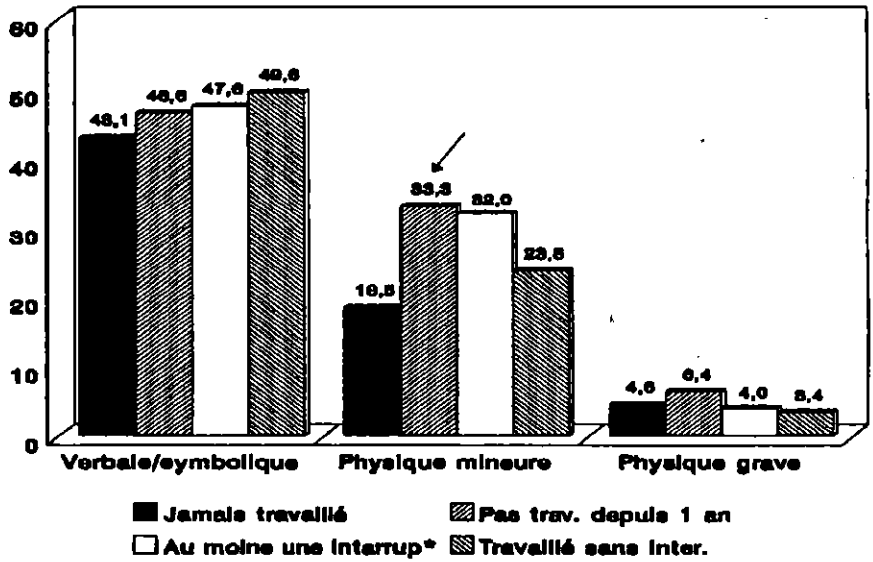
↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$)

En ce qui a trait à l'exclusion du marché du travail, les enfants dont la mère n'a jamais travaillé ou a travaillé sans interruption au cours de l'année ayant précédé l'enquête ont de meilleures chances d'échapper à la violence mineure (19 % et 24 %) que ceux dont la mère a perdu

son emploi depuis plus d'un an (33 %) ou a connu au moins un arrêt de travail (32 %) (graphique 2.8); une tendance semblable mais non significative se manifeste dans l'échantillon en matière de violence grave. Ce résultat peut être lié au fait que les mères n'ayant jamais travaillé jouissent peut-être d'un niveau de vie supérieur. Des analyses plus poussées seraient nécessaires pour vérifier cette hypothèse. Le degré d'exclusion du conjoint ne semble pas associé au différents taux de violence.

GRAPHIQUE 2.8

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le degré d'exclusion de la mère du marché de travail, Enquête sociale et de santé 1992-1993



↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$).

* Durant l'année ayant précédé l'enquête.

Le degré d'autonomie au travail de la mère ou de son conjoint ne semble pas relié aux taux de conduites violentes envers l'enfant dans l'échantillon.

En résumé, les variables subjectives reflétant les conditions socioéconomiques des familles telles que perçues par les mères (durée et gravité) et les variables plus objectives témoignant du manque à gagner (revenu et ampleur de l'exclusion du marché du travail) sont associées à des taux plus élevés de conduites à caractère violent, particulièrement dans leurs formes les plus graves. Les résultats sont remarquablement convergents et confirment les liens maintes fois observés entre les difficultés dans les relations intrafamiliales et la présence de difficultés financières. Aucun résultat aberrant n'est observé.

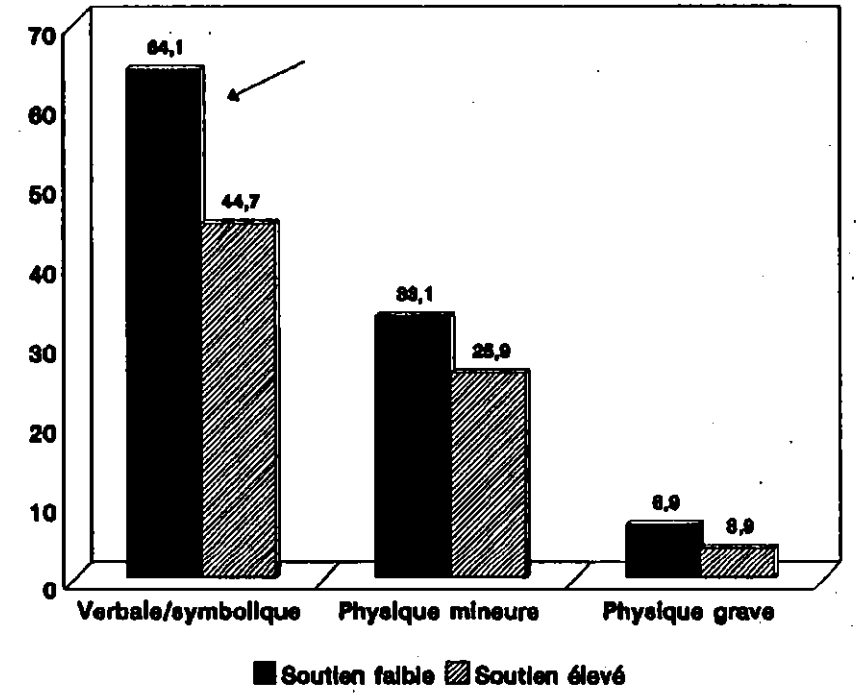
2.3.5 PRÉVALENCE SELON LE MILIEU SOCIAL DES PARENTS

Les données de nombreuses recherches mettent en cause l'isolement des mères et le manque de soutien et d'entraide dans les modèles d'explication de l'abus envers les enfants (Belsky, 1980; 1993; Bouchard, 1981; Garbarino et Sherman, 1980; Chamberland *et al.*, 1986). Par contre, le soutien, la présence d'un confident, un milieu social sympathique agiraient comme des éléments de protection vis-à-vis du stress mais aussi comme des éléments pouvant contribuer à enrichir directement les parents tant en termes de connaissances, d'information, d'approbation que de services disponibles. Dans la présente enquête, le niveau de soutien social des parents a été mesuré de même que la satisfaction à l'égard de la vie sociale, la fréquence des rencontres sociales, le nombre d'aidants et le nombre de confidents entourant chacun des parents.

La violence verbale ou symbolique (graphique 2.9) se manifeste chez un pourcentage plus grand d'enfants lorsque les mères disposent d'un faible soutien social (64 % c. 45 %). Une tendance dans le même sens mais non significative peut être observée en ce qui a trait à la violence mineure ou grave.

GRAPHIQUE 2.9

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le niveau de soutien social de la mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993

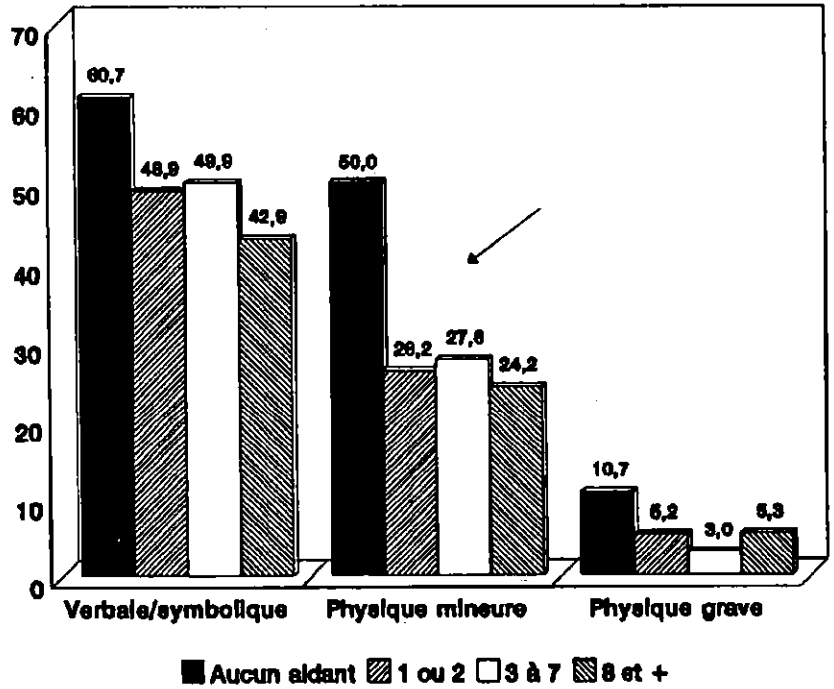


↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$).

Le pourcentage d'enfants subissant une forme de violence physique mineure est plus élevé chez les mères déclarant aucun aidant (50 %) que chez celles qui peuvent compter sur au moins une personne pouvant les aider au besoin (graphique 2.10). On peut aussi déceler une tendance semblable en matière de conduites verbales/symboliques ou physiques à caractère grave.

GRAPHIQUE 2.10

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le nombre de personnes pouvant aider la mère au besoin, Enquête sociale et de santé 1992-1993



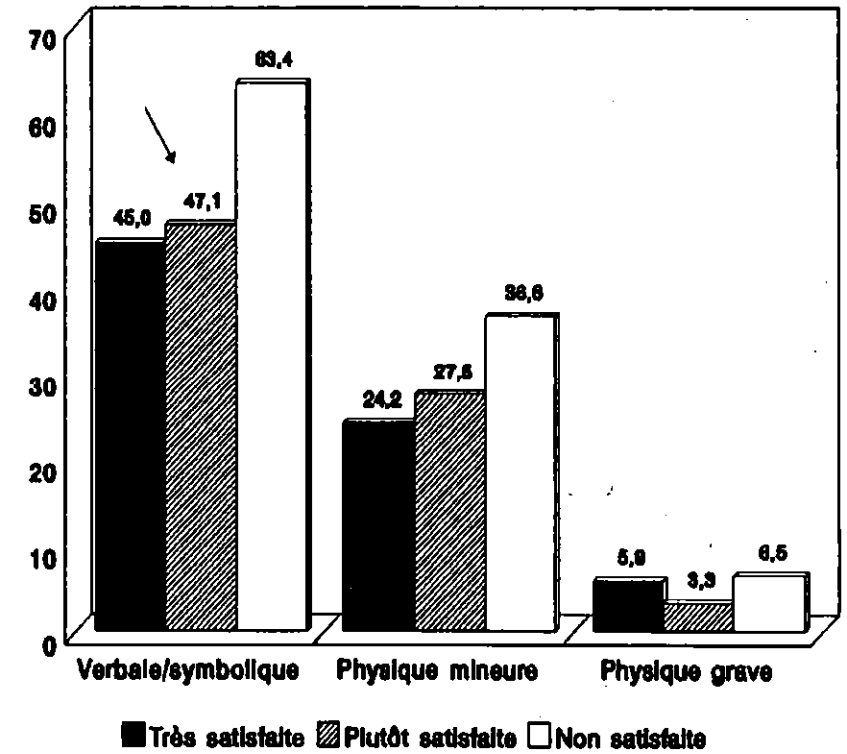
↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$).

D'autres indices relatifs au soutien que les parents tirent de leur milieu social se révèlent significatifs dans le lien avec l'utilisation de conduites violentes envers les enfants. Ainsi en est-il du niveau de satisfaction quant à la vie sociale puisqu'on retrouve davantage de violence verbale à l'endroit des enfants dont la mère se montre peu satisfaite de sa vie

sociale (63 %) (graphique 2.11a). La satisfaction du conjoint quant à sa vie sociale est également associée tant aux comportements violents symboliques que physiques mineurs (graphique 2.11b)

GRAPHIQUE 2.11A

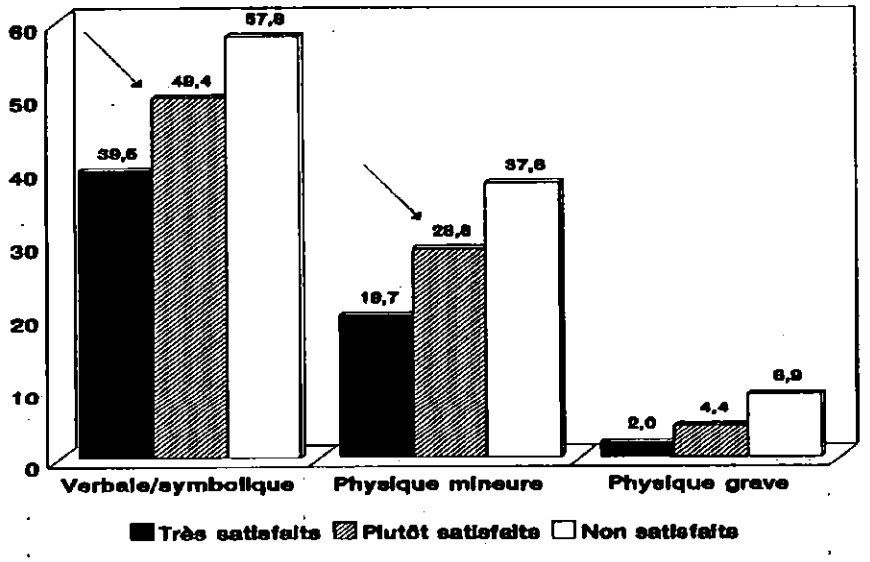
Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et la satisfaction de la mère quant à sa vie sociale, Enquête sociale et de santé 1992-1993



↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$)

GRAPHIQUE 2.11B

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et la satisfaction du père quant à sa vie sociale, Enquête sociale et de santé 1992-1993



↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$).

En résumé, comme prévu, un milieu social offrant peu de soutien ou insatisfaisant pour la mère est associé à des taux plus élevés de conduites violentes symboliques. Lorsque le père est insatisfait, on note en plus, une association entre cet indice et la violence physique mineure. On ne note aucun lien aberrant.

2.3.6 PRÉVALENCE SELON LES HABITUDES DE VIE DES PARENTS

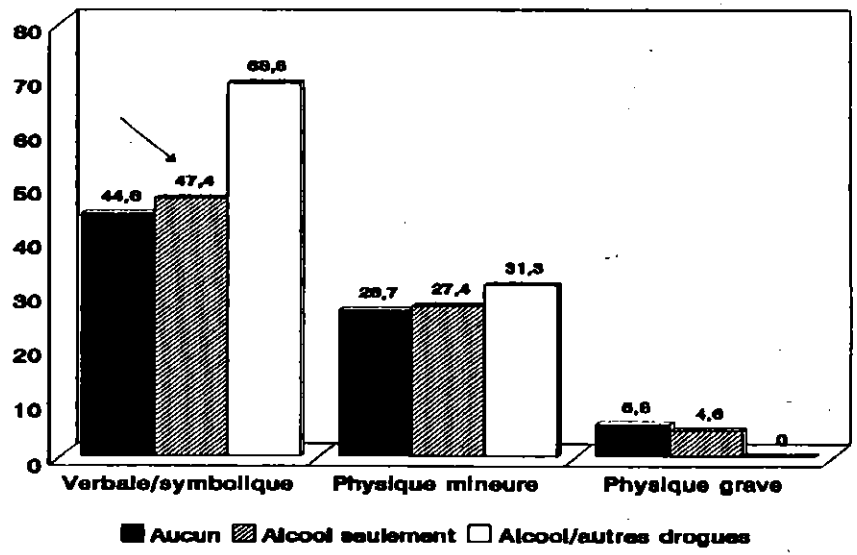
Deux indices ont été retenus sur le plan des habitudes de vie, notamment en vertu de leur association déjà reconnue avec les pertes

de contrôle de soi et la violence, aussi bien entre les conjoints qu'envers les enfants. Un de ces indices a trait au risque lié à la consommation abusive d'alcool (CAGE) et l'autre fait état de l'usage simultané d'alcool et de drogues.

L'usage combiné d'alcool et de drogues déclaré par les mères est associé à un taux plus élevé (69 %) de violence verbale/symbolique envers les enfants (graphique 2.12). Ce n'est pas le cas pour les autres formes de violence, non plus que pour les pères.

GRAPHIQUE 2.12

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le polyusage d'alcool et de drogues par la mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993

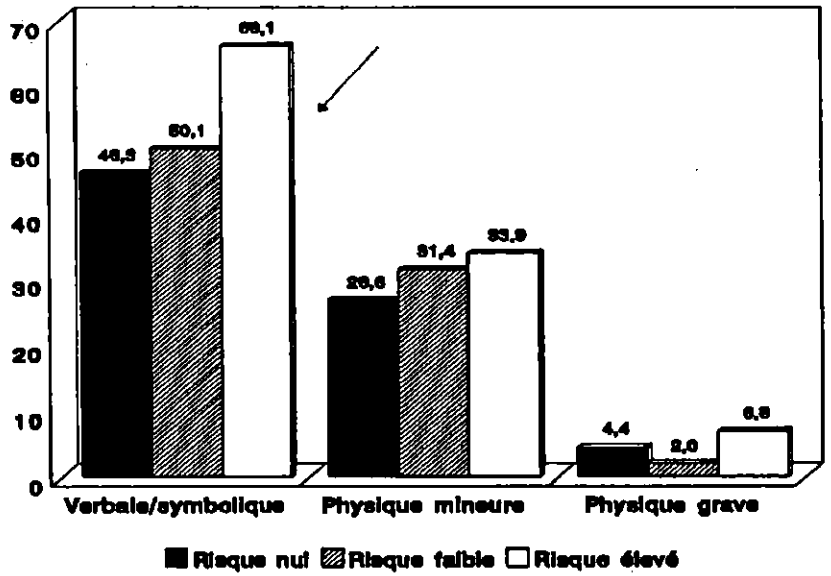


↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$).

Par ailleurs, un niveau de risque élevé de problèmes liés à l'usage de l'alcool chez les mères (indice CAGE) va de pair avec un taux plus élevé de violence symbolique envers les enfants (66 % c. 46 % et 50 %) (graphique 2.13); cela est vrai aussi, mais à un moindre degré, pour la violence physique mineure et grave. Ces données soulèvent la possibilité que ces mères, dans les cas où elles sont les agresseurs, soient plus vulnérables à des sautes d'humeur ou à des pertes de contrôle, du moins verbalement.

GRAPHIQUE 2.13

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le niveau de risque lié à la consommation d'alcool (CAGE) chez la mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993



↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$)

2.3.7 PRÉVALENCE SELON D'AUTRES CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS

Les parents contemporains doivent une grande partie de leurs croyances, de leurs attitudes et de leurs connaissances à propos des enfants et de leur propre rôle de parents aux informations diverses qui circulent tant dans les médias que dans les services ou les activités spécialisées. La nature des informations qu'ils adoptent et leur intégration sont sans doute fortement influencées par le niveau de scolarité atteint. La scolarité vient aussi influencer les valeurs et les sources de rétroaction auxquelles sont exposés les parents.

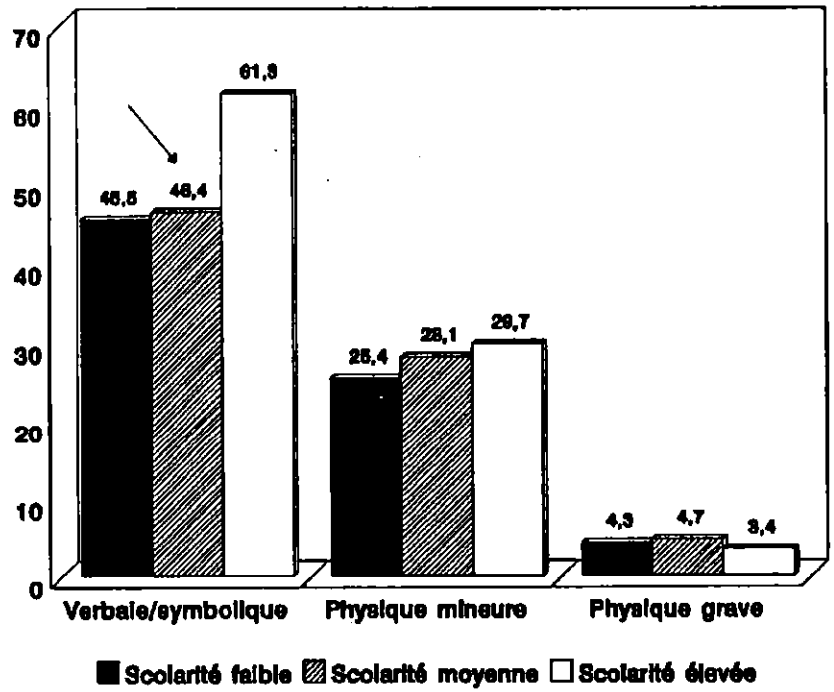
Dans la présente enquête, les mères plus scolarisées rapportent un taux plus élevé de violence symbolique que les autres (61 % c. 46 %) (graphique 2.14). Ce n'est pas le cas pour les autres formes de violence. Aucune association n'est observé chez les pères.

Ces résultats surprennent. Cependant, peut-être y a-t-il là une indication à l'effet que les mères plus scolarisées présenteraient un seuil de tolérance plus bas que les autres et détecteraient davantage les incidents à caractère agressif envers leur enfant, surtout ceux qui peuvent être perçus comme moins graves. L'hypothèse se présente d'autant plus facilement que les questions composant le score de violence verbale/symbolique laissent plus de marge à l'interprétation que les autres (ex : bouder, insulter, contrarier volontairement).

Les enfants présentant des carences affectives dues à la négligence des parents ont plus de risques de rencontrer plus tard des difficultés dans leur relation avec leur propre enfant. C'est pourquoi il nous était apparu important de mettre en relation les taux de conduites à caractère violent avec le fait, pour un parent, d'avoir été placé ou d'avoir connu un changement de foyer avant l'âge de douze ans. Certaines tendances vont dans le sens attendu, mais le très petit nombre de parents impliqués dans de telles situations diminue la portée et la validité des analyses.

GRAPHIQUE 2.14

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type de conduites et le niveau de scolarité relative de la mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993



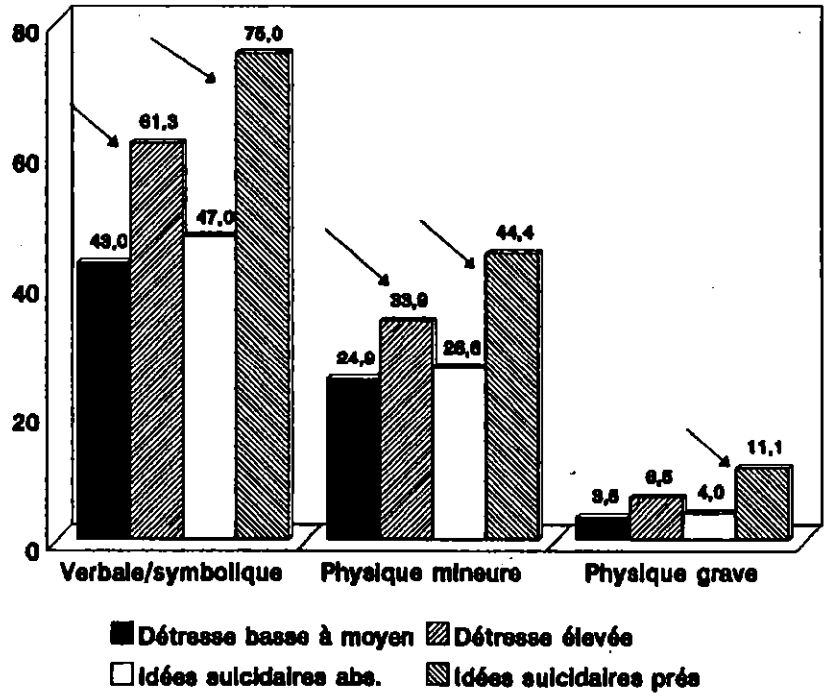
↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$).

Par ailleurs, la présence d'un niveau élevé de détresse psychologique et d'idées suicidaires chez les mères au cours des douze mois ayant précédé l'enquête est associée à des taux élevés de violence symbolique (61 % et 75 %) et physique mineure (34 % et 44 %); pour ce qui est de la violence grave envers les enfants, on observe une

tendance significative pour les idées suicidaires seulement (graphique 2.15). Pour ce qui est des pères, des tendances non significatives se manifestent dans le même sens.

GRAPHIQUE 2.15

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon le type des conduites, le niveau de détresse psychologique et la présence d'idées suicidaires chez la mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993



↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$).

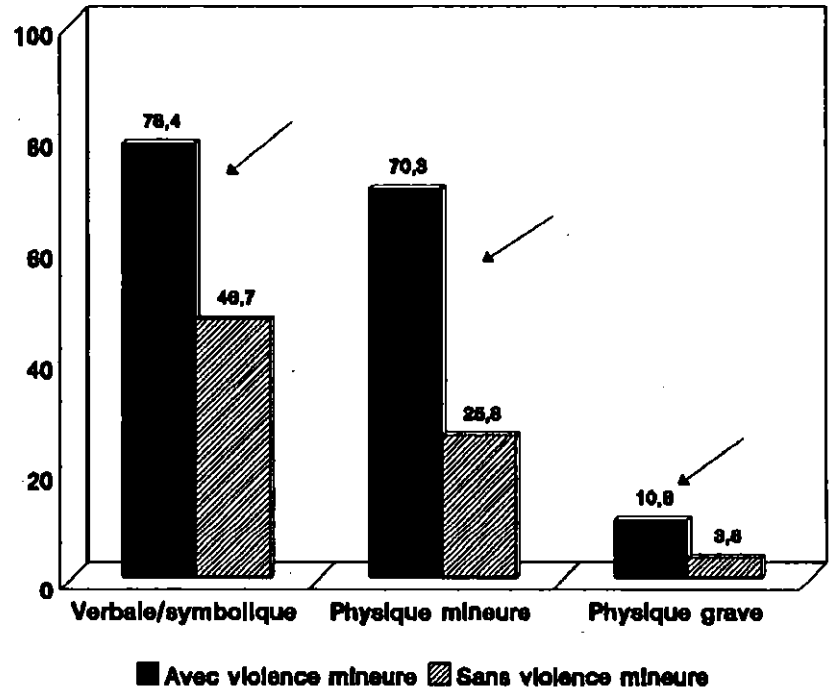
En résumé, parmi les caractéristiques personnelles, c'est l'état de détresse psychologique et la présence d'idées suicidaires au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, qui nous apparaissent comme des marqueurs importants pour les différentes formes de violence au sein de l'échantillon. En particulier, la présence d'idées suicidaires chez les mères est associée avec les taux les plus élevés de violence grave envers les enfants enregistrés dans cette enquête.

2.3.8 VIOLENCE ENTRE ADULTES ET VIOLENCE ENVERS LES ENFANTS

La présence de violence dans la résolution de conflits entre parents a souvent été mise en cause et maintes fois documentée lorsqu'il s'agit d'expliquer la violence faite aux enfants (Bouchard et Dumont, 1989; Straus *et al.*, 1980). La première rendrait la seconde plus probable. C'est ce que tendent à soutenir les résultats de la présente enquête. Les taux de toutes les formes de violence sont plus élevés chez les enfants dont la mère est victime de violence physique mineure de la part de son conjoint que chez ceux dont la mère ne l'est pas (graphique 2.16). Une même tendance se manifeste en ce qui a trait à la présence de violence grave dans le couple, mais le nombre de cas impliqués s'avère trop petit pour qu'on puisse en tirer des conclusions significatives.

GRAPHIQUE 2.16

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans selon la présence ou l'absence de violence physique mineure envers la (conjointe) mère, Enquête sociale et de santé 1992-1993



↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$)

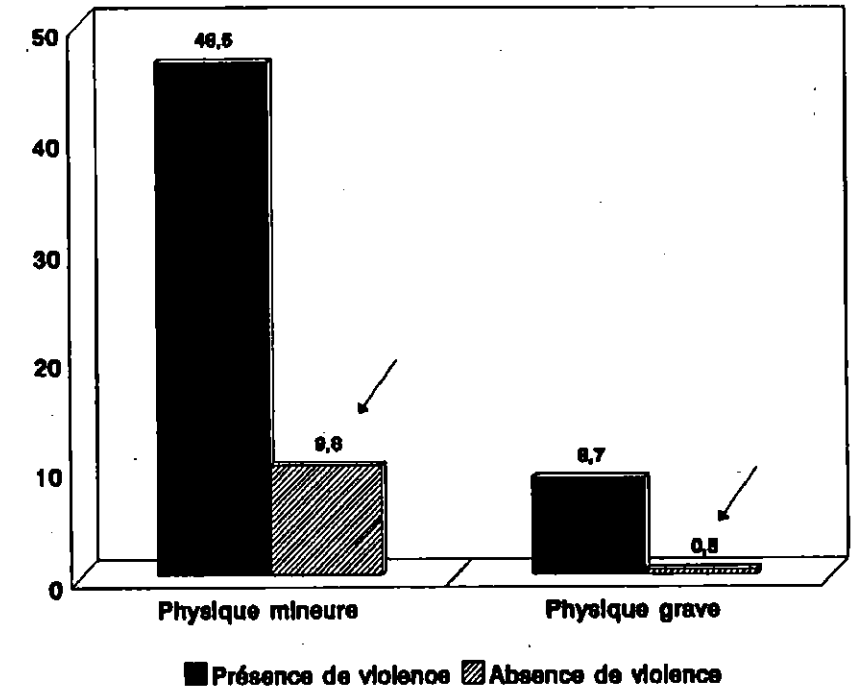
2.3.9 JUXTAPOSITION DES TYPES DE VIOLENCE ENVERS LES ENFANTS

La violence physique accompagne souvent la violence psychologique ou verbale/symbolique. En l'absence de violence symbolique, il n'y a de la violence mineure que dans 10 % des familles et de violence grave que dans 0,5 % d'entre elles alors que lorsqu'il y

a de la violence verbale/symbolique, la violence physique mineure atteint 47 % des enfants et la violence grave en atteint 9 % (graphique 2.17).

GRAPHIQUE 2.17

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent de type physique envers les enfants de 3 à 17 ans selon la présence ou l'absence de violence verbale/symbolique à leur égard, Enquête sociale et de santé 1992-1993



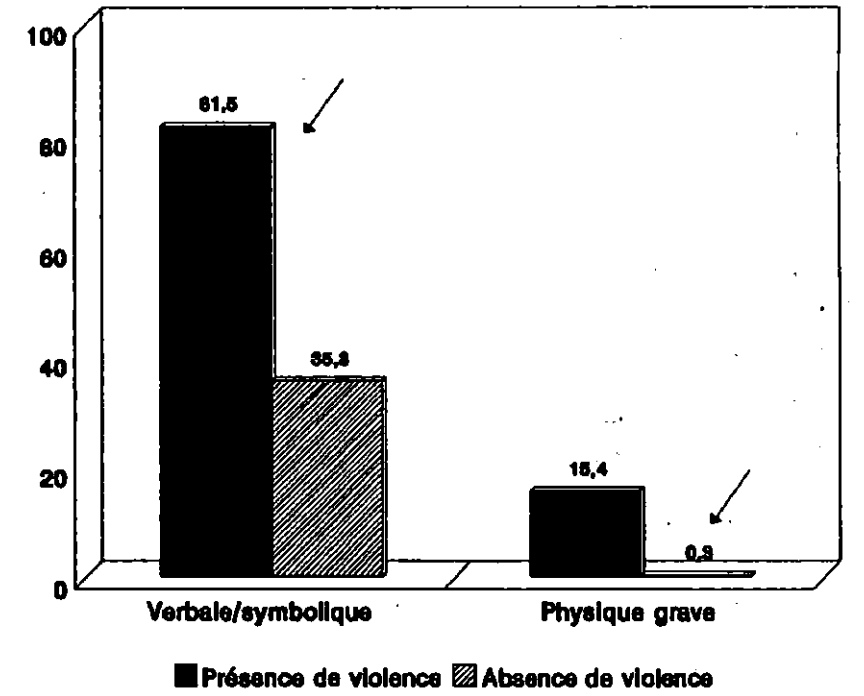
↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$).

Par ailleurs, 82 % des enfants sont l'objet de violence verbale/symbolique lorsque la répondante rapporte aussi de la violence

physique mineure à leur égard, contre 35 % lorsque la répondante n'en rapporte pas (graphique 2.18). On notera aussi que la prévalence de violence grave à l'endroit des enfants est beaucoup plus élevée lorsqu'il y a cooccurrence de violence physique mineure à leur égard (15 %) que lorsqu'il n'y en a pas (0,3 %).

GRAPHIQUE 2.18

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent de type verbal/symbolique et de type physique grave envers les enfants de 3 à 17 ans, selon la présence ou l'absence de violence physique mineure à leur égard, Enquête sociale et de santé 1992-1993



↘ Indique une différence significative dans l'échantillon, entre la variable à l'étude et le type de conduite indiqué ($p \leq 0.05$).

Les trois derniers graphiques sont éloquents à plusieurs égards. Premièrement, ils confirment la polymorphie des manifestations de violence envers les mêmes enfants et soutiennent l'idée que nous avons affaire à des styles de gestion de conflits par les adultes envers les enfants, ces styles n'étant pas étrangers par ailleurs aux styles de résolution de problèmes entre les adultes eux-mêmes. Ces résultats illustrent aussi que l'utilisation de conduites verbales/symboliques violentes est associée aux autres formes de conduites à caractère violent à l'égard des enfants. La prétention à l'effet que les conduites verbales agressives viendraient, par leur effet cathartique, diminuer le recours à la violence physique ne trouve pas de fondement. De plus, ces données confirment que, pour bon nombre d'enfants, la violence physique mineure est associée à une forme plus grave de violence. Il n'y aurait qu'une différence d'intensité entre la fessée et la raclée.

2.4 CONCLUSION

2.4.1 BILAN DES RÉSULTATS

PREMIÈRE CONSTATATION : une majorité de parents de l'échantillon adopte, selon les mères interrogées, une approche pacifique dans la résolution des conflits avec leur enfant. Sans généraliser à l'ensemble de la population des enfants québécois, le phénomène observé dans un échantillon important de mères (recrutées dans toutes les régions et de toutes provenances sociodémographiques) pourrait signifier qu'une majorité des enfants ne connaîtrait ni la violence verbale, ni les autres formes de violence. Cela constitue une donnée fondamentale à reconnaître et à souligner.

DEUXIÈME CONSTATATION : il y tout de même, au sein de l'échantillon, près de trois parents sur dix qui ont recours à la punition physique pour régler un conflit avec leur enfant. Bien que l'examen des données laisse penser que ces parents n'en font pas un usage régulier fréquent, on constate que le quart d'entre eux s'adonnent à des conduites violentes graves plus de deux fois par année. Notamment, on apprend qu'un enfant sur cinq se voit bousculé, secoué ou poussé, giflé ou tapé par un adulte du ménage.

TROISIÈME CONSTATATION : on ne peut invoquer le caractère anodin que pourraient revêtir certains de ces épisodes pour en désamorcer l'importance. L'étude actuelle ne permet pas de qualifier, en termes d'intensité, de vigueur, de dangerosité les conduites violentes dites «mineures» que les parents rapportent. Il se peut en effet qu'un certain nombre de ces événements soient fortuits, sans conséquences, produits dans un climat de neutralité, sans haine ou sans férocité. Mais d'autres éléments nous amènent, sans être alarmistes, à ne pas écarter trop facilement les risques potentiels de l'usage de la punition physique avec les enfants.

QUATRIÈME CONSTATATION : la violence se manifeste tôt dans la vie des enfants. Cela inspire quelques réflexions. D'abord, une telle constatation vient appuyer l'idée avancée dans la Politique de la santé et du bien-être d'intervenir tôt dans la vie des enfants et de leurs parents. Ensuite, elle vient confirmer l'idée que les parents d'enfants de 3 à 6 ans ont besoin d'aide, de ressources, de répit et d'encouragement et que les enfants ont besoin de l'attention soutenue d'autres adultes dans leur milieu. Enfin, la décroissance spectaculaire, en fonction de l'âge, dans l'utilisation de la violence physique mineure, incite à croire qu'on tape les enfants parce qu'ils sont plus petits et plus vulnérables que nous...

CINQUIÈME CONSTATATION : on ne remarque que des liens très faibles entre le type de famille et le statut de monoparentalité et les divers types de violence mesurés dans l'échantillon. Ces résultats vont à l'encontre de nombreuses recherches qui font état de l'isolement, de l'appauvrissement et des préoccupations qui accableraient ces mères et qui contribueraient à une détérioration de leurs relations avec les enfants et à l'utilisation de modes d'interactions plus coercitifs. On se bute sans doute ici à une limite importante entraînée par le petit nombre de femmes monoparentales rejointes par la présente enquête. De fait, ce qu'on connaît par ailleurs du phénomène exigerait qu'on tente d'examiner les données beaucoup plus spécifiquement en utilisant des modèles multifactoriels d'analyse où le statut de monoparentalité

serait simultanément placé en interaction avec l'âge des enfants, la durée de la monoparentalité, le revenu, l'occupation de la mère, son âge, le niveau de soutien de son entourage..., l'idée étant que ce n'est pas tant la monoparentalité mais les conditions de son exercice qui en font une condition à risque de violence pour les enfants.

Il se pourrait également que ces résultats soient en partie dûs à un biais de l'échantillon conséquent à l'impossibilité d'isoler, et donc de retenir, un bon nombre de répondantes de familles biparentales. On pourrait penser que ces familles, plus fortunées et présentant un contexte plus adéquat de soutien au rôle parental, auraient accentué la différence notée entre les mères de familles biparentales et les mères monoparentales.

SIXIÈME CONSTATATION : la misère économique côtoie la misère dans les relations entre parents et enfants. D'après les données recueillies, les risques sont plus élevés pour un enfant de s'être fait bousculer, taper, gifler ou tabasser s'il vit dans une famille pauvre et surtout dans une famille où la pauvreté sévit depuis plus de quatre ans. Ces résultats, comme bien d'autres, viennent une fois de plus remettre à l'ordre du jour l'urgence de réduire la pauvreté chez les familles où l'on retrouve de jeunes enfants et la nécessité d'intervenir auprès des parents de ces familles pour, au moins, les prémunir contre l'isolement et le dérapage dans la gestion du stress, issu de problèmes relationnels ou autres.

SEPTIÈME CONSTATATION : l'état psychologique des mères est relié à l'usage de la violence envers les enfants, peu importe la forme de cette violence. Mais cela inquiète surtout pour la violence grave où c'est chez les mères qui entretiennent des idées suicidaires que les taux de violence grave sont les plus élevés (11,1 %) comparativement au 4,4 % applicable à l'ensemble de l'échantillon. Ces données soulignent l'à propos des efforts consentis, et de tous ceux qui ne le sont pas encore, au soutien des femmes et des mères aux prises avec des difficultés psychologiques dont on aura appris, par ailleurs, qu'elles sont associées à des conditions de vie communautaires, économiques

et familiales délétères. En outre, la présence d'une trame où ces mères pourraient elles-mêmes faire l'objet de violence de la part d'un conjoint, et avec elles leur enfant, n'est pas exclue.

HUITIÈME CONSTATATION : très peu de liens émergent entre les données à propos des pères et les taux de conduites à caractère violent envers les enfants de cet échantillon. Les raisons pouvant expliquer une telle configuration sont nombreuses. La première voudrait que la source unique des données (les mères) biaise les résultats en ce que l'état psychologique des mères viendrait teinter les taux déclarés de conduites violentes. Cela demeure possible mais peu probable étant donné les liens aussi identifiés entre des variables plus objectives (niveau de revenu, scolarisation, statut matrimonial, nombre d'enfants, etc.). Une seconde hypothèse voudrait que cette absence de lien traduise une dynamique familiale où les caractéristiques paternelles auraient davantage d'impacts indirects, via la mère, que directs. Cette hypothèse prend tout son sens lorsqu'on constate les liens observés entre la violence faite à la conjointe et celle faite aux enfants. Ces liens confirment la présence d'un impact indirect de la qualité de la relation d'une dyade sur la qualité des relations dans l'autre dyade.

DERNIÈRE CONSTATATION : le portrait des enfants agressés. Les stratégies d'analyse des données et le type d'enquête (transversale) ne nous permettent pas de retracer les liens de causalité ou les contributions relatives de chacun des facteurs en cause dans la genèse et l'expression de la violence intrafamiliale envers les enfants. Mais, à la lumière des données disponibles et en référence avec ce que l'on connaît déjà du phénomène à travers d'autres études, on peut poser l'hypothèse que le risque d'apparaître dans les statistiques d'enfant agressé physiquement et gravement augmente du fait, pour cet enfant, de vivre dans une famille pauvre ou très pauvre depuis plus de quatre ans, auprès d'une mère aux prises avec des difficultés psychologiques ou des pensées suicidaires et exclue du marché du travail depuis plus d'un an. Le risque augmenterait aussi pour un enfant jeune, pour un enfant dont la mère est également agressée et dont les parents font

également usage de violence psychologique et physique mineure à son égard. Ce portrait n'est pas très original. Il confirme ce que l'on connaît du phénomène et vient renforcer la validité conceptuelle de l'instrument mis à l'essai dans le cadre de la présente enquête.

2.4.2 RETOUR SUR LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

FAISABILITÉ ET VALIDITÉ DE LA PROCÉDURE DE COLLECTE

Les résultats obtenus dans cette enquête confirment en bonne partie ceux déjà publiés et ajoutent à la validité conceptuelle de l'instrument de mesure lui-même : au niveau de l'épidémiologie des mauvais traitements à l'égard des enfants, les taux prévalents dans l'échantillon, bien que plus faibles, présentent les mêmes caractéristiques que les taux américains. Les résultats confirment que la violence envers les enfants n'est pas le lot d'une sous-catégorie marginale de parents mais est plutôt distribuée dans l'ensemble de l'échantillon avec une surreprésentation chez les gens aux prises avec davantage de problèmes à résoudre (ou ayant cette impression) et des ressources limitées. Le fait que les taux enregistrés atteignent un niveau inférieur aux taux américains rejoint nombre de résultats comparatifs, notamment en ce qui a trait aux statistiques des services de protection (Chamberland *et al.*, 1986; Sedlak, 1991).

L'absence quasi totale de liens entre les taux de violence et les caractéristiques des pères pose cependant problème. Cette dimension de l'enquête et les questions qu'elle soulève méritent une attention empirique de notre part. Lors d'une prochaine enquête, il serait souhaitable de compter aussi sur un échantillon de pères, à titre d'informateur principal, comme le font usuellement les chercheurs américains. Cette procédure a déjà été mise à l'essai avec succès lors d'une enquête régionale au Québec (Bouchard *et al.*, soumis pour publication) où les taux obtenus présentaient le même profil que ceux tirés des déclarations des mères mais avec une prévalence un peu plus faible. Une telle approche permettrait une comparaison des données obtenues des mères et des pères et donnerait l'occasion de vérifier la robustesse des conclusions en examinant la symétrie des liens obtenus

entre les caractéristiques des pères et les taux de violence obtenus auprès des pères et des mères.

Un autre problème méthodologique vient de ce que 673 mères admissibles n'ont pu répondre au questionnaire parce qu'il n'a pas été possible de les isoler dans la maison de façon à leur assurer une plus grande intimité. Cette mesure avait été nécessaire dans un contexte où Santé Québec avait décidé d'ajouter le QRC à son enquête dans un but exploratoire. Le questionnaire se présentait seul, à la fin de l'entrevue. Cela dramatisait la situation et pouvait placer les répondantes dans une situation embarrassante. On voulait aussi s'assurer de la réaction des répondantes à ce questionnaire avant de l'insérer dans le cahier d'enquête. Des entretiens de groupe menés auprès des interviewers n'ont pas confirmé la nécessité de poursuivre cette stratégie de l'isolement, stratégie destinée à protéger la répondante contre toute indiscrétion et à s'assurer d'une meilleure qualité de réponses, notamment en présence de jeunes enfants. L'expérience complétée, il parait envisageable d'intégrer les questionnaires sur la violence aux autres questionnaires de l'enquête. Cela éviterait la présence d'un arbitraire possible au niveau de la décision des interviewers quant à la capacité d'isoler la répondante. Cela éviterait aussi l'introduction d'un biais d'échantillonnage dû à l'exclusion des répondantes n'ayant pu être isolées.

Certaines précisions pourraient également être apportées quant à des aspects métriques du QRC. Un des points intéressants de la mesure réside dans la possibilité de distinguer entre la violence physique et la violence psychologique et de différencier la violence physique mineure de la violence grave. Il devient désormais possible de confirmer cette structure factorielle (Straus et Gelles, 1990) dans la version française de la mesure et de vérifier la consistance interne de chaque sous-échelle. Cela donnerait accès à des assises de validité interne plus solides dans l'éventualité d'une prochaine utilisation.

Enfin, sous l'angle de la validité, deux questions demeurent en suspens

et devraient faire l'objet d'un examen sérieux. D'abord, on ne connaît pas l'impact de l'utilisation du questionnaire selon un mode autoadministré. Cela demande une étude comparative des taux infrarégionaux selon trois modes de collecte : téléphonique, en face-à-face et autoadministré assisté (la présente formule). On pourrait procéder à une telle démarche dans des zones géographiques reconnues pour leur niveau élevé de risques. On ne connaît pas non plus l'impact que peut avoir le fait de placer le répondant dans une position d'ambiguïté eu égard à la responsabilité de la conduite. Il serait nécessaire de comparer les taux obtenus via le mode adopté ici et celui des auteurs du questionnaire où le répondant est clairement identifié comme l'agresseur ou la victime selon le cas. On pose l'hypothèse que l'approche actuelle diminue les biais de désirabilité sociale et favorise le dévoilement.

VALIDITÉ DE L'INSTRUMENT

On ne recense pas dans la présente enquête de résultats aberrants, du moins en ce qui a trait aux liens identifiés entre les taux de violence et les caractéristiques familiales, économiques et parentales. Plus des deux tiers des variables mises en cause se sont avérées associées, d'une façon ou d'une autre, aux différents types de violence. Le tableau d'ensemble (tableau A.2.2) nous indique que ces liens confirment ou renforcent les données et constats déjà publiés par les chercheurs nord-américains.

De plus, le schème des liens recensés diffère selon les types de conduites à caractère violent. Ainsi, ce sont les variables de grande détresse économique, sociale et individuelle qui accompagnent les taux les plus élevés de violence grave. Les problèmes liés à la consommation d'alcool apparaissent davantage liés aux taux plus élevés de violence verbale/symbolique. Ces arrangements indiquent que l'instrument détecte des variations attribuables à des éléments de risque ou des marqueurs dont les configurations sont apparentées à des modèles de prédiction différentiels qu'il reste maintenant à retracer.

Quant aux variables pour lesquelles des liens n'ont pu être établis, on a déjà fait état au cours de la présentation des résultats d'explications plausibles à ce sujet. Ces écarts ne mettent pas en cause la validité conceptuelle de l'instrument.

IDENTIFICATION D'UN TAUX NATIONAL

Les distorsions et incertitudes créées dans la constitution de l'échantillon interdisent toute généralisation des résultats à l'ensemble de la population. En soi, cela indique clairement qu'on n'a pu atteindre le troisième objectif de l'étude, ce qui nous prive d'un premier point de référence à partir duquel on aurait pu évaluer, au cours des ans, le chemin parcouru dans l'atteinte des objectifs de réduction de la violence intrafamiliale envers les enfants.

Cependant, l'exercice aura permis de constater que la prévalence enregistrée dans l'échantillon est proche du taux attendu. Elle se compare à celle enregistrée dans une étude semblable avec le même instrument en Suisse (de Puy, 1995). Les taux sont en général moins élevés que ceux recensés dans les études américaines et moins élevés que ceux enregistrés dans un quartier urbain québécois très défavorisé (Bouchard *et al.*, 1993), ce qui supporte la validité externe de l'outil de mesure.

La constitution d'un échantillon représentatif de la population des familles québécoises avec enfants dans la prochaine enquête générale de Santé Québec se présente donc comme une priorité pour ce qui est de la mesure de la violence envers les enfants. Notamment, on devra examiner les points suivants : 1) la possibilité de recourir à un sous-échantillon de mères (et peut-être de pères) qui ne soient pas nécessairement ou uniquement les répondantes au questionnaire rempli par l'interviewer (QRI); en effet, les répondantes principales du ménage se différencient des autres femmes qui ont un conjoint sur plusieurs variables reliées à la violence conjugale ou à la violence envers les enfants. 2) La possibilité de modifier les procédures de passation du questionnaire afin d'éviter de perdre une portion importante de

l'échantillon éligible. 3) La possibilité d'étendre l'enquête aux parents des enfants de 0 à 3 ans. Les études récentes indiquent que la prévalence de la violence physique mineure est élevée durant cette période.

2.4.3 PISTES DE RECHERCHE

Les conceptions de l'autorité, de la discipline et de l'obéissance sont d'importantes sources de motivation dans la conduite des parents envers leurs enfants; le comportement violent ou coercitif des parents traduit des croyances, des attitudes et aussi des attentes envers les enfants. Ce comportement coercitif traduit également, assez fréquemment, les modes d'apprentissage auxquels les parents ont été exposés dans leur enfance. Comme la genèse d'une bonne partie des comportements violents reste encore inexpliquée, il pourrait être utile de tenter d'y associer certaines de ces dimensions psychologiques et sociologiques qui, directement ou en interaction avec des éléments du milieu, permettraient de comprendre de façon plus précise le contexte de l'utilisation de la violence envers les enfants.

La violence ne survient pas seule, elle «habite» une rue ou un quartier de préférence à un autre et les dimensions personnelles (comme la détresse psychologique), l'isolement social ou certains comportements comme la consommation d'alcool, qui y sont associés, seraient mieux compris s'ils étaient mis en perspective dans un environnement plus large tel que, par exemple, le secteur de recensement où résident les familles (Garbarino et Crouter, 1978; Garbarino et Sherman, 1980; Bouchard *et al.*, 1983; Klebanov *et al.*, 1994). Cette étude des milieux immédiats, ajoutée à celle des croyances individuelles, compléterait l'ensemble des données et permettrait des contributions plus étoffées de la recherche épidémiologique en matière de planification des interventions et des services sur le plan de l'information, de l'éducation, du soutien des individus et des familles et sur le plan de l'organisation et du développement communautaire.

Plus encore, la violence habite aussi des pays. L'accès à des taux

nationaux permet des études comparatives internationales avec les unités nationales utilisant le même instrument de mesure. Cela pourrait sans doute être immédiatement possible en s'assurant la collaboration du Laboratoire de recherche sur la famille de l'Université du New Hampshire. Des démarches ont déjà été entreprises à ce sujet et des chercheurs américains et européens étudient la possibilité de mettre sur pied un réseau international d'épidémiologie comparée.

Par ailleurs, dans un avenir plus rapproché, l'accès aux banques de données désormais disponibles permettra l'analyse multivariée d'un ensemble de variables et la mise en comparaison de sous-groupes plus spécifiques. Notamment, toute la question de la monoparentalité et des variables qui lui sont associées est à revoir dans un schème multivarié. On compte aussi comparer les modèles de prédiction de l'utilisation de la violence conjugale et de la violence à l'endroit des enfants en soumettant l'ensemble des données disponibles à une série de régressions logistiques.

2.4.4 À PROPOS DES POLITIQUES SOCIALES

MODIFICATIONS LÉGISLATIVES AU CODE CRIMINEL

L'article 43 du Code criminel canadien permet aux parents et éducateurs l'usage de la punition physique dans le but de corriger un enfant. Les résultats obtenus au cours de la présente étude, selon lesquels une majorité de parents dit s'abstenir de recourir aux conduites physiques à caractère violent, indiquent que le temps est peut-être venu où une majorité de parents et d'adultes appuieraient l'idée de faire disparaître cette législation. Un tel règlement inscrit dans notre code social de conduites vient atténuer les efforts importants consentis par les gouvernements et les communautés dans le but de soutenir des relations plus harmonieuses entre parents et enfants. La punition physique subie par les parents dans leur enfance demeure un prédicteur assez puissant de l'abus de leurs enfants et de leur conjoint(e) (Straus et Gelles, 1990). De plus, comme l'indiquent les données recueillies dans l'échantillon, la présence de violence physique grave est reliée à celle de violence verbale ou symbolique et physique mineure. Des

gouvernements étrangers, notamment celui de la Suède, s'appuyant sur les codes moraux et de conduite de la population, ont été jusqu'à rendre criminelle l'utilisation de la punition physique. Sans aller jusque là, l'élimination de l'article 43 permettrait à tout le moins de reconnaître aux enfants des droits de protection que l'on reconnaît aux adultes et de renoncer, dans nos lois mêmes, à l'usage de procédés discriminatoires envers les enfants. La constatation d'une diminution de l'utilisation de la violence physique à mesure que les enfants grandissent montre bien la nécessité d'intervenir pour contrer ce type de conduite à l'égard des enfants. La prévalence de la violence physique envers les enfants est une mesure de la discrimination des adultes envers les plus petits, à qui on reconnaîtrait moins le droit à la discussion, à la divergence et à la négociation qu'aux personnes plus grandes, plus grosses, plus fortes et plus autonomes.

ACTIONS PRÉVENTIVES ET PROMOTIONNELLES

Les données de l'échantillon indiquent, aussi, qu'il faut encore consentir un travail important pour convaincre bon nombre de parents de recourir à des formes de discipline et de sanction qui soient étrangères à l'utilisation de la force physique. Ce travail doit s'inscrire dans l'ensemble des actions promotionnelles et préventives élaborées dans le but d'atteindre les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être, notamment dans les actions entourant la naissance, le soutien aux parents et la mise sur pied d'environnements communautaires stimulants et sécuritaires pour les enfants.

Notamment, on peut réitérer ce lien très important, déjà identifié et discuté : un enfant soumis aux conduites violentes mineures de ses parents a beaucoup plus de chances de se retrouver dans les statistiques de violence grave qu'un enfant n'en ayant subi aucune. Cela pourrait signifier que pour un certain nombre d'enfants, les épisodes de violence dite mineure se déroulent dans un environnement hostile et sur un mode d'une grande sévérité. Les taux de violence grave enregistrés dans ce volet de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 sont inquiétants; ils dépassent de beaucoup les taux d'abus

physique signalés et retenus par les services de protection de la jeunesse. Les données indiquent, encore une fois, la nécessité d'intervenir tôt dans la vie des enfants et dans la carrière des parents. Elles confirment aussi le bien-fondé d'intervenir là où l'on retrouve le plus de parents aux prises avec des problèmes économiques et personnels.

DIMINUER LA PAUVRETÉ DES FAMILLES

Les résultats de cette étude indiquent que les enfants des familles exclues du marché du travail, pauvres depuis longtemps, se percevant comme telles, isolées ou mal soutenues par leurs proches sont plus nombreux à vivre des épisodes de violence grave. On sait aussi que ces situations de stress vécues par les parents augmentent leurs chances de vivre des états de détresse psychologique. Les données confirment les liens entre ces états de détresse et la violence faite aux enfants sous toutes ses formes.

Toute politique d'amélioration des conditions de vie des parents de jeunes enfants, y compris les mesures d'éducation permanente, de formation professionnelle, de formation continue, entretient un lien avec l'amélioration des relations intrafamiliales. En ce sens aussi, tout effort de redistribution des richesses collectives vers les familles qui ont des enfants et qui manquent de ressources se présente encore une fois comme un élément important de prévention de la violence. Par ailleurs, l'ensemble des résultats plaide pour un rapprochement entre les intervenants des secteurs économique et social.

PROTÉGER LES ACQUIS

Ce premier exercice de mise à l'essai du QRC à l'échelle du Québec convainc du bien-fondé de procéder à un suivi des taux de conduites à caractère violent lors de la prochaine enquête. Pour l'heure, les résultats obtenus sont à la fois encourageants et inquiétants. Encourageants parce qu'on y constate la validité conceptuelle et externe de la démarche mais surtout qu'on y perçoit que les parents québécois seraient, si l'on accepte que le présent échantillon permette

une telle hypothèse, en majorité pacifistes dans la résolution des conflits avec leur enfant. Encourageants aussi parce que les différences observées entre ces taux et ceux des enfants américains confirment, indirectement, le bien-fondé d'une approche plus équitable et plus généreuse dans la distribution des ressources et des richesses.

Inquiétants cependant parce que les germes d'une société plus violente envers ses enfants apparaissent particulièrement en ce qui a trait à la misère économique, au manque de soutien des parents et à leur niveau de détresse. À cet égard, on ne peut qu'exhorter les responsables politiques canadiens et québécois à une prudence extrême dans le remodelage qu'ils ont amorcé dans le domaine des politiques sociales. La comparaison des taux du présent échantillon québécois avec les taux enregistrés chez nos voisins américains devrait en convaincre plus d'un de la nécessité de renforcer nos programmes sociaux, qui contribuent sans aucun doute à la prévention de la violence envers les enfants.

2.6 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AMERICAN HUMANE ASSOCIATION (1980). *Helping in Child Protective Services : A Casework Handbook.* Denver : American Association for Protecting Children.

BELSKY, J. (1980). Child Maltreatment : An Ecological Integration. *American Psychologist,* vol. 35, p. 320-335.

BELSKY, J. (1993). Etiology of Child Maltreatment : A Developmental-Ecological Analysis. *Psychological Bulletin,* vol. 114, p. 413-434.

BOUCHARD, C. (1981). Perspectives écologiques de la relation parent(s)-enfant(s) : des compétences parentales aux compétences environnementales. *Apprentissage et socialisation,* vol. 4, p. 4-23.

BOUCHARD, C.; CHAMBERLAND, C.; BEAUDRY, C. (1983). *Prédire et prévenir les mauvais traitements envers les enfants*. Rapport déposé au Conseil québécois de la recherche sociale, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale. Université du Québec à Montréal.

BOUCHARD, C.; DUMONT, C. (1989). *La violence familiale sur le territoire de Ste-Thérèse : les enfants d'abord*. Rapport de recherche inédit, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal.

BOUCHARD, C.; TESSIER, R.; LAGANIÈRE, J.; FRASER, A. (1993). La violence familiale envers les enfants. Validité de la mesure et prévalence dans un quartier populaire urbain. *Les Cahiers de recherche du LAREHS*, vol. 2, 25 p.

BOUCHARD, C.; TESSIER, R.; FRASER, A.; LAGANIÈRE, J. (soumis pour publication). Family violence towards children in an economically depressed urban area : Validity of a French version of the Conflict Tactics Scales, *The Journal of Interpersonal Violence*.

BRASSARD, M.R.; HART, S.; HARDY, D.B. (1993). The Psychological Maltreatment Rating Scales, *Child Abuse and Neglect*, vol. 17, p. 715-729.

BRASSARD, M.R.; HART, S.N.; HARDY, D.B. (1995). Psychological Maltreatment and Peer Acceptance in Young Children : Predicting from Mother-Child Interaction. Communication présentée, *The 4th International family Research Conference*, Durham, New Hampshire, Juillet.

CHAMBERLAND, C.; BOUCHARD, C.; BEAUDRY, J. (1986). Les mauvais traitements envers les enfants : réalités canadiennes et américaines. *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 18, p. 391-412.

CLAUSSEN, A.H.; CRITTENDEN, P.M. (1991). Physical and Psychological Maltreatment : Relations Among Types of Maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, vol. 16, p. 329-343.

CRITTENDEN, P.M.; CLAUSSEN, A.H.; SUGARMAN, D.B. (1994). Physical and Psychological Maltreatment in Middle Childhood and Adolescence. *Development and Psychopathology*, vol. 6, p. 145-164.

DE PUY, J. (1995). Power, Control and Abuse in Swiss Families. Communication présentée, *The 4th International family Research Conference*, Durham, New Hampshire, Juillet.

FORTIN, A. (1992). Les mauvais traitements psychologiques. Une réalité encore mal connue. *PRISME*, vol. 3, p. 88-100.

GARBARINO, J.; CROUTER, A.C. (1978). Defining the Community Context for Parent-child Relationship : The Correlates of Child Maltreatment. *Child Development*, vol. 49, p. 604-616.

GARBARINO, J.; GUTTMAN, E.; SEELEY, J. (1986). *The Psychologically Battered Child*. Jossey-Bass, San Francisco.

GARBARINO, J.; KOSTELNY, K. (1992). Child Maltreatment as a Community Problem. *Child Abuse and Neglect*, vol. 16, p. 455-464.

GARBARINO, J.; SHERMAN, D. (1980). Identifying High Risk Neighborhoods. In J. Garbarino & H. Stocking (Eds.), *Protecting Children from Abuse and Neglect : Developing and Maintening Effective Support*. San Francisco : Jossey-Bass. p. 94-108.

GELLES, R.J. (1974). *The Violent Home*. Sage Publication, San Francisco.

GIL, D.G. (1977). Child Abuse : Revels of Manifestations, Causol Dimenisions, and Primary prevention. *Victimology*, vol. 2, p. 186-194.

HART, S.; BRASSARD, M.R. (1991). Psychological Maltreatment : Progress Achieved. *Developmental Psychopathology*, vol. 3, p. 61-70.

HEGAR, R.L.; ZURAVIN, S.J.; ORME, J.G. (1994). Factors Predicting Severity of Child Abuse Injury : A Review of the Litterature. *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 9, p. 170-184.

KLEBANOV, P.K.; BROOKS-GUNN, J.; DUNCAN, G.J. (1994). Does Neighborhood and Family Poverty Affect Mothers' Parenting, Mental Health and Social Support, *Journal of Marriage and the Family*, vol. 56, p. 441-457.

LAFERRIÈRE, S.; BOUCHARD, C. (1996). Illustration de la capacité discriminante du Questionnaire sur la résolution des conflits dans la mesure de la violence parentale. *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 28, p. 70-73.

MACCOBY E.E.; JACKLIN, A.N. (1974). *The Psychology of Sex Differences*. California : Stanford University Press.

MARGOLIN, L.; LARSON, O.W. (1986). Assessing Mothers' and Fathers' Violence Toward Children as a Function of Their Involuntary Participation in Family Work. *Journal of Family Violence*, vol. 3, p. 209-225.

MCGEE, R.A.; WOLFE, D.A. (1991). Psychological Maltreatment : Toward an Operational Definition. *Developmental psychopathology*, vol. 3, p. 3-18.

SEDLAK, A.J. (1991). *National Incidence and Prevalence of Child Abuse and Neglect : 1988*. Rockville Revised Report, Westat Inc., USA.

STRAUS, M.A. (1979). Measuring Intrafamily Conflict Violence : the Conflict Tactics Scales (*CTS*). *Journal of Marriage and the Family*, vol. 41, p. 75-88.

STRAUS, M.A.; GELLES, R.J.; STEINMETZ, S.K. (1980). *Behind Closed Doors : Violence In The American Family*. Anchor Press/Doubleday, New York.

STRAUS, M.A.; GELLES, R.J. (1986). Societal Change in Family Violence From 1975 to 1985 as Revealed by Two National Surveys. *Journal of Marriage and the Family*, vol. 48, p. 465-479.

STRAUS, M.A.; GELLES, R.J. (1990). *Physical Violence in American Families : Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*. Transaction Publishers, New Brunswick.

STRAUS, M.A.; GELLES, R.J. (1990). How violent are American families? Estimates from the National Family Violence Survey and Other Studies. In M.A. Straus & R.J. Gelles. (1990). *Physical Violence in American Families : Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*. Transaction Publishers, New Brunswick.

TESSIER, R.; PILON, N.; FECTEAU, D. (1985). Etude méthodologique d'un instrument de mesure des conduites de contrôle parental : fiabilité et validité des construits. *Canadian Journal of Behavioural Sciences*, vol. 17, p. 62-73.

VISSING, Y.; STRAUS, M.A.; GELLES, R.J.; HARROP, J.W. (1991). Verbal Agression by Parents and Psychosocial Problems of Children. *Child Abuse and Neglect*, vol. 15, p. 223-238.

WAUCHOPE, B.A.; STRAUS, M.A. (1990). Physical Punishment and Physical Abuse of American Children : Incidence Rates by Age, Gender and Occupational Class. In M.A. Straus & R.J. Gelles. (1990). *Physical Violence in American Families : Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*. Transaction Publishers, New Brunswick.

YLLO, K.A.; STRAUS, M.A. (1981). Interpersonal Violence Among Married and Cohabiting Couples. *Family Relations*, vol. 30, p. 339-347.

YLLO, K.A.; STRAUS, M.A. (1990). Patriarchy and Violence Against Women : The Impact of Structural and Normative Factors. In M.A. Straus et R.J. Gelles. (1990). *Physical Violence in American Families : Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*. Transaction Publishers, New Brunswick.

ZURAVIN, S.J. (1989). The Ecology Of Child Abuse and Neglect : Review of The Litterature and Presentation of Data. *Violence and Victims*, vol. 4, p. 101-120.

TABLEAU A.2.1

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des enfants de 3 à 17 ans, Enquête sociale et de santé 1992-1993

COMBIEN DE FOIS DEPUIS UN AN, VOUS OU UN AUTRE ADULTE DE LA MAISON ?		%	n
Conduites verbales/symboliques			
QRC4	L'a insulté(e) ou s'est adressé à lui (elle) en sacrant lorsqu'il y avait un problème?	29,5	235
QRC5	L'a boudé(e) ou lui a refusé de discuter d'un problème?	12,8	102
QRC6	L'adulte impliqué dans la situation est sorti de la pièce ou de la maison en claquant la porte?	23,8	191
QRC7	En êtes venu aux larmes en tentant de régler un problème avec l'enfant?[1]	31,7	254
QRC8	L'a contrarié(e) volontairement?	19,3	155
QRC9	L'enfant a été menacé d'être frappé(e) ou de recevoir quelque chose «par la tête»?	11,9	95
QRC10	A lancé, cassé, frappé ou donné des coups de pied sur un objet en sa présence?	9,2	74
Conduites physiques mineures			
QRC11	Lui a lancé quelque chose?	1,9	15
QRC12	L'enfant a été poussé(e) secoué(e) ou bousculé(e)?	15,1	122
QRC13	A reçu une claque ou une gifle ou la fessée?	21,8	176
Conduites physiques graves			
QRC14	A reçu des coups de pied, un coup de poing?	1,5	12
QRC15	A été frappé(e) volontairement avec un objet?	1,5	12
QRC16	A reçu une raclée?	1,7	14
QRC17	Lui est arrivé d'être brûlé(e) ou ébouillanté(e) lors d'un conflit?	---	---
QRC18	A reçu des menaces avec un couteau ou un fusil?	0,1	1
QRC19	A reçu des coups avec un couteau ou un fusil?	0,1	1
Autres conduites			
QRC20	A été menacé(e) qu'on le (la) place dans une autre famille ou dans un centre d'accueil?	7,9	64
QRC21	A subi des attouchements ou des caresses sexuelles?	0,4	3

[1] Cette question n'est pas incluse dans l'indice.

TABLEAU A.2.2

Variables mises en relation[1] avec les divers types de violence envers les enfants de 3 à 17 ans selon la présence ou l'absence d'une association significative dans l'échantillon, Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT	VERBALE/ SYMBOLIQUE	PHYSIQUE MINEURE	PHYSIQUE GRAVE
Âge de l'enfant		-	
Sexe de l'enfant			
Type de famille			
Statut matrimonial		+	
Nombre d'enfants de moins de 18 ans	+	+	
CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE			
Niveau de revenu			-
Perception de sa situation financière			+
Durée de la pauvreté	+		+
Durée de l'exclusion du travail		+	
Autonomie décisionnelle au travail			
Indice de soutien social	-		
Satisfaction quant à la vie sociale	+		
Fréquence des rencontres sociales			
Nombre de personnes aidantes		-	
Nombre de confidents			
Âge de la mère	+/-	-	
Niveau de scolarité	+		
Polyusage de drogues	+		
Problèmes reliés à l'alcool	+		
Restriction d'activité			
Idées suicidaires	+	+	+
Niveau de détresse psychologique	+	+	

[1] À partir du test du chi carré ($p \leq 0.05$). Le sens de l'association (+ ou -) n'a pas été testé comme tel.

CHAPITRE

CONDUITES À CARACTÈRE VIOLENT À L'ENDROIT DES CONJOINTES

3

Diane Ariane Riou, Direction de la santé publique, Régie régionale de Montréal-Centre

Claire Chamberland, École de service social, Université de Montréal

Maryse Rinfret-Raynor, École de service social, Université de Montréal

3.0 INTRODUCTION

La présente section s'intéresse à l'utilisation de conduites à caractère violent comme mode de résolution de conflits conjugaux, un phénomène dont l'ampleur est d'autant plus difficile à déterminer que les femmes qui vivent dans un contexte de violence conjugale gardent le silence sur la situation qu'elles subissent. Santé Québec a voulu en savoir davantage sur ce problème social, dont la gravité et les conséquences sont lourdes pour l'ensemble de la société.

Les objectifs de cette section étaient sensiblement les mêmes que ceux mentionnés plus tôt pour l'ensemble du thème. Ils visaient d'abord à évaluer la faisabilité de mesurer l'ampleur des conduites violentes à l'égard des conjointes et ensuite à décrire les liens entre ces conduites et un certain nombre de variables personnelles, sociales, économiques et de santé. Enfin, le troisième objectif portait sur la possibilité d'établir un taux national de conduites violentes à l'égard des conjointes.

Dans un premier temps, une brève revue des écrits sur la violence conjugale est présentée, puis les composantes méthodologiques liées

à ce volet de l'enquête sont abordées. Ensuite, les résultats obtenus en décrivant la prévalence et la fréquence de l'utilisation de conduites à caractère violent envers les femmes répondantes ainsi que certains facteurs associés à ces conduites sont examinés. Enfin, seront décrits la santé des femmes ayant subi ces conduites à caractère violent de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint, certaines de leurs habitudes de vie et leur recours aux services de santé.

3.1 ÉTAT DES CONNAISSANCES

3.1.1 AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE

La violence conjugale n'est pas un phénomène récent comme en témoignent les écrits de l'Ancien Testament qui traitaient déjà de ce sujet. Cependant, la reconnaissance de la violence conjugale comme problème sociosanitaire est un fait relativement nouveau. Ce n'est que depuis quelques années que l'on tente de comprendre et de mesurer ce phénomène. Rappelons qu'au Québec, jusqu'en 1985, la violence conjugale était considérée comme un problème personnel à caractère privé sans aucune portée sociale (Rinfret-Raynor *et al.*, 1992).

La violence conjugale vécue par les femmes peut inclure plus d'une forme de violence (violence psychologique, verbale, sexuelle, et physique) et se limite rarement à une seule de ces formes. Le plus souvent, lorsqu'il y a violence physique, la violence psychologique et la violence verbale sont présentes et précèdent les gestes de violence physique (Larouche, 1985). La définition la plus largement acceptée pour décrire ce problème est la suivante : «une femme est victime de violence en milieu conjugal quand elle est battue (violence physique), menacée de l'être ou objet de scènes de violence qui laissent présumer qu'elle le sera (violence verbale) ou encore humiliée par des critiques, des railleries et des insultes, lesquelles à long terme, peuvent détruire la personnalité et l'assurance (violence psychologique). Cette violence est exercée par le conjoint dans les cadres du mariage, de l'union de fait ou encore après que la femme l'ait quitté» (Shee, 1980). Cette définition ne tient pas compte de la violence sexuelle qui consiste à obliger, par la peur ou par la force, une personne à avoir des relations

sexuelles non désirées (Larouche, 1985).

Dernièrement, le Conseil du statut de la femme (1993) identifiait trois principaux éléments qui se dégagent des différentes définitions de la violence conjugale :

- la violence conjugale est une conséquence de l'inégalité des hommes et des femmes dans la société et dans le couple;
- la violence conjugale est un moyen choisi par des hommes pour contrôler leur conjointe;
- la violence conjugale comprend les agressions physiques, verbales, sexuelles et psychologiques ainsi que les actes de domination économique exercés par un conjoint ou un ex-conjoint (Moisan *et al.*, 1994).

La perception du phénomène de la violence, de ses causes et de sa gravité demeure très variable selon les milieux et les courants de pensée (Clarkson, 1994). On comprend alors les difficultés auxquelles se heurtent les chercheurs en voulant mesurer un tel phénomène. Un bref examen des recherches les plus importantes effectuées dans le domaine montre d'ailleurs l'existence de résultats très variables d'une étude à l'autre et invite à user de beaucoup de prudence lors de l'interprétation et de la comparaison des données tirées de ces enquêtes.

Parmi les grandes études d'envergure nationale, figurent celles de Straus, Gelles et Steinmetz réalisées aux États-Unis en 1975 et en 1985 (Straus et Gelles, 1986). Ces enquêtes, qui portaient sur la violence familiale, visaient à mesurer, en plus de la violence des parents à l'égard des enfants, la violence des hommes à l'égard des femmes et celle des femmes à l'égard des hommes. En 1975, des entrevues face à face faites auprès d'un échantillon probabiliste de 2 143 familles américaines ont permis d'estimer des taux de violence à l'égard des femmes de l'ordre de 12,1 % pour la violence physique globale et de 3,8 % pour la violence physique grave (Straus, *et al.*, 1980). En 1985,

une enquête téléphonique, réalisée auprès d'un échantillon probabiliste de 3 520 familles, rapportait des taux de violence envers les femmes de 11,3 % (violence physique globale) et de 3,0 % (violence physique grave) (Straus et Gelles, 1986).

Au Canada, il a fallu attendre l'Enquête sur la violence envers les femmes de 1993 pour avoir une estimation relativement précise de la violence infligée aux femmes. Dans cette enquête, le terme violence désignait les agressions physiques ou sexuelles correspondant aux définitions de ces infractions prévues par le Code criminel et qui amèneraient la police à intervenir. L'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon probabiliste de 12 300 femmes âgées de 18 ans et plus au moyen d'entrevues téléphoniques. Les résultats ont montré que plus du quart (29,2 %) des femmes canadiennes avaient été victimes de menaces et de violence physique de la part de leur conjoint actuel ou d'un ex-conjoint au cours de leur vie; au Québec, le taux de prévalence s'élevait à 25,3 %. Lorsque l'on considère la prévalence au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, les taux correspondent à 3,4 % pour le Québec et la même chose pour le Canada (Statistique Canada, 1994).

Ces données populationnelles diffèrent quelque peu de celles obtenues en 1980 par le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme qui avait estimé qu'une Canadienne sur dix était violentée par son conjoint. L'estimation avait été faite à partir des données connues sur le nombre de femmes ayant séjourné dans les maisons d'hébergement et de transition ainsi que sur le nombre de femmes ayant déposé, au cours de la même période, une demande de divorce en invoquant la cruauté physique (MacLeod, 1980).

Outre ces enquêtes, d'autres études furent réalisées soit auprès de plus petits groupes de population, soit sur des sujets ne portant pas directement sur la violence conjugale. Le tableau A.3.1 en annexe présente un bref aperçu de ces études. Dans un premier temps, on remarque que le processus d'échantillonnage varie sensiblement d'une

étude à l'autre bien que le plus souvent, il s'agisse d'échantillons probabilistes. Les enquêtes sont réalisées soit uniquement auprès des femmes, soit auprès des hommes et des femmes ne faisant pas partie d'une même unité familiale, soit auprès des deux conjoints dans le couple, ce qui peut influencer les taux rapportés. Ainsi, dans l'étude de Brinkerhoff et Lupri (1988), une comparaison des données entre les incidents rapportés par les victimes et ceux déclarés par les agresseurs (parmi les couples dont la violence est réciproque) a montré que les femmes étaient unanimes à voir la relation avec leur conjoint comme étant violente pendant que seulement la moitié des maris avaient une perception similaire. Szinovacz (1983) a également montré, à partir des estimations de la violence basées sur des données obtenues en combinant les réponses du couple que les taux rapportés pouvaient augmenter d'environ 20 % chez les femmes et 50 % chez les hommes.

Le tableau montre également que la mesure de la violence a été faite le plus souvent à partir du *CTS* sans doute parce qu'il est l'instrument de mesure le plus connu et le plus utilisé dans le domaine de la violence intrafamiliale. Dans les enquêtes mentionnées, les chercheurs l'ont utilisé soit dans sa forme originale ou modifiée, ou encore, ils l'ont inclus en tout ou en partie à l'intérieur d'autres instruments comme ce fut le cas dans l'enquête de Statistique Canada (1994) sur la violence envers les femmes.

Les enquêtes téléphoniques apparaissent plus fréquemment comme mode privilégié de collecte de l'information mais on retrouve également les entrevues face à face et les questionnaires autoadministrés comme dans le cadre de la présente enquête. Cependant, cela ne semble pas avoir un impact majeur sur les taux de réponse qui, lorsque disponibles, varient largement, pouvant passer de 32 % à 85 %. Enfin, et c'est sans doute là l'aspect le plus intéressant, on note des écarts importants entre les taux de violence à l'endroit des conjoints selon les différentes études. En regroupant celles qui ont utilisé un échantillon probabiliste, il est possible d'estimer un intervalle des taux de prévalence obtenus. Ainsi, le taux de prévalence à vie de la violence conjugale peut varier

de 18,8 % à 36,4 % si l'on considère la violence physique globale et de 7,3 % à 11,3 % s'il s'agit de violence physique grave. Le taux de prévalence annuel varie quant à lui de 3,4 % à 14,4 % pour la violence physique globale et de 0,7 % à 5,1 % pour la violence physique grave.

3.1.2 FACTEURS ASSOCIÉS À LA VIOLENCE CONJUGALE

La violence conjugale est considérée comme un phénomène complexe, ayant des causes multiples et influencée par de nombreux facteurs qui déterminent son apparition, son maintien ou son accroissement. Certains de ces facteurs sont davantage d'ordre individuel, d'autres concernent le couple, d'autres sont liés aux conditions et au milieu de vie alors que d'autres émanent de la société. L'enchevêtrement des différentes causes ainsi que la combinaison et l'interaction entre les différents facteurs augmentent les probabilités de violence dans le couple.

CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

Les recherches portant sur la violence conjugale montrent que les femmes qui en sont victimes ne présentent pas nécessairement de caractéristiques personnelles qui les prédisposeraient à être violentées. En effet, les femmes victimes de violence ne diffèrent pas des autres femmes selon l'âge, le niveau d'éducation, la race ou l'occupation. De plus, la grande majorité des femmes ne seraient pas issues de foyers où elles étaient violentées (Stark et Flitcraft, 1985). Par ailleurs, certains facteurs tels le manque d'une occasion favorable et le milieu de vie pour n'en citer que quelques-uns, peuvent influencer la capacité des femmes à mettre un terme à la relation (Chénard *et al.*, 1990).

Sebastian (1983) signale également un trait qui caractérise les actes de brutalité contre les enfants, les femmes et les personnes âgées, à savoir la dépendance qui oblige les victimes à tolérer le comportement abusif. La plus grande dépendance de la femme durant la période de grossesse expliquerait le grand nombre de mauvais traitements qui sont infligés au cours de cette période.

CARACTÉRISTIQUES DES CONJOINTS AGRESSEURS

Tout comme les femmes violentées, les hommes agresseurs sont issus de toutes les classes sociales, de tous les groupes socioéconomiques, de toutes les races et de toutes les religions. (Giles-Sims, 1983; Walker, 1984). Les hommes violents le seraient rarement à l'extérieur du foyer. Il n'existe pas non plus de lien entre la violence des hommes et la maladie mentale, les conjoints violents n'ayant pas de problèmes de santé mentale particuliers (Guèvremont *et al.*, 1986).

Quelques caractéristiques associées aux hommes violents sont parfois utilisées pour évaluer les risques de violence conjugale. Ainsi, la motivation à dominer, la jalousie, l'insatisfaction au travail et le chômage, le fait d'avoir été témoin de la violence de leur père à l'encontre de leur mère et le fait d'avoir été violentés par leurs parents alors qu'ils étaient enfants, sont tous des facteurs qui peuvent contribuer à l'émergence de la violence du conjoint à l'égard de sa partenaire (Turgeon, 1992). Gelles *et al.* (1994) identifient dix facteurs de risque associés à la violence grave à l'égard des femmes : le fait que le conjoint se retrouve sans emploi, l'utilisation de drogues illicites au moins une fois durant l'année, les différences de religion entre les conjoints, le fait d'être témoin de la violence de son père à l'égard de sa mère, la catégorie d'emploi «col bleu», la scolarité de niveau secondaire, l'âge du conjoint entre 18 et 30 ans, l'utilisation de la violence grave envers les enfants et enfin, le revenu familial sous le seuil de pauvreté. Ces facteurs identifiés comme des facteurs de risque ne peuvent toutefois prédire précisément la probabilité de violence grave envers les femmes.

Bien que certaines recherches aient pu confirmer une corrélation positive entre la consommation d'alcool ou de drogues et la violence du conjoint envers sa partenaire, l'alcool ne constitue pas une cause en soi de la violence; cependant, elle peut servir d'excuse pour justifier des actes violents (Kantor et Straus, 1987).

RELATIONS DANS LE COUPLE

Les problèmes de communication et les difficultés à régler les conflits dans le couple ainsi que les relations de pouvoir constituent des facteurs pouvant favoriser l'apparition de la violence entre les conjoints (Turgeon, 1992). Selon Yllo (1984), «*Violence against wives tends to be high where the wife dominates decision-making and higher still when the husband is dominant. Egalitarian decision-making is associated with the lowest level of violence*» (p. 308).

Les comportements de violence peuvent apparaître très tôt dans la vie d'un couple. Sugarman et Hotaling (1989) qui ont effectué une recension des diverses enquêtes américaines sur la violence physique et verbale mentionnent que la fréquence de la violence est en moyenne de 31,9 % chez les étudiants et les étudiantes du collège et de 22,3 % chez les élèves du secondaire. De même, les résultats de la première enquête canadienne sur les fréquentations des étudiants du milieu collégial et universitaire ont montré que depuis la fin de leurs études secondaires, 13,7 % des étudiants déclaraient avoir utilisé la violence physique à l'égard de leur partenaire et 22,3 % des étudiantes mentionnaient avoir été victimes de mauvais traitements. Les taux de violence psychologique rapportés étaient très élevés : 74,1 % des hommes déclaraient avoir utilisé des conduites psychologiques à caractère violent à l'égard de leur partenaire et 79,1 % des femmes déclaraient avoir subi ce type de violence dans leur relation amoureuse (DeKeseredy et Kelly, 1993).

CONDITIONS ET MILIEU DE VIE

Steinmetz et Straus (1974) ainsi que Gelles (1983) attribuent la présence de la violence à la structure de la famille et aux normes socioculturelles qui s'y appliquent, ainsi qu'à des circonstances tels l'isolement et la grande mobilité de la famille nucléaire. Des conditions comme la pauvreté, le chômage, la mauvaise qualité du logement, le surpeuplement, le manque de prestige professionnel et le manque de scolarité provoquent une accumulation de stress qui, combinée aux pressions existant au sein de la famille, entraînent des manifestations

de violence. Turgeon (1992) précise à cet effet :

> «Le stress social et socioéconomique, causé par un faible niveau d'éducation, par de nombreux enfants, par un faible revenu ou par un manque de travail est considéré comme un facteur de vulnérabilité face à la violence conjugale» (p. 7).

Gelles (1979) a fait remarquer que les difficultés socioéconomiques pouvaient miner les relations familiales et conduire les personnes ne pouvant s'adapter autrement au stress à des comportements de violence. On comprend alors que le chômage des hommes représente un facteur de risque important de la violence conjugale (Lewis, 1987).

Plusieurs auteurs ont également observé que la femme qui dépend économiquement de son mari risque davantage d'être battue. Freedman (1985) traite de cette dimension du rapport entre la dépendance économique et l'agression contre la femme :

> «La femme qui n'occupe pas un emploi rémunéré souffre éventuellement d'une autre manière puisque le fait qu'elle ne travaille pas peut servir à rationaliser les actes d'agression commis contre elle. Dans la mesure où elle est considérée comme faisant partie de la main-d'oeuvre du mari, elle risque d'être châtiée pour l'exercice de son rôle. Son travail, qui est de maintenir le foyer et de s'occuper des enfants, peut faire l'objet de son inspection et de ses éventuelles mesures disciplinaires» (p. 16).

L'isolement social peut agir comme un facteur prédisposant à la violence conjugale mais il constitue très souvent une conséquence de la violence. Le repli sur soi provoqué par la situation de violence peut s'accompagner d'un isolement géographique, linguistique ou culturel qui rend les femmes encore plus vulnérables à la violence. Ainsi en est-

il pour certains groupes de femmes dont les femmes immigrantes ou appartenant à une minorité culturelle et les femmes atteintes d'un handicap. À cause de leur double isolement, ces femmes ont souvent beaucoup de mal à se soustraire à la violence de leur conjoint.

FACTEURS SOCIAUX

Pendant de très nombreuses années, la violence à l'endroit des femmes était tolérée et était même considérée comme acceptable et normale (Dobash et Dobash, 1977; 1979). Il y a à peine dix ans, on dénonçait peu les cas de violence conjugale. Aujourd'hui, à la suite du mouvement féministe et de l'établissement des maisons d'hébergement pour femmes violentées, on constate une volonté politique et sociale de combattre l'exercice de la violence sur plusieurs fronts et en particulier sur le plan juridique (Rinfret-Raynor, *et al.*, 1994). Malgré cela, l'approbation culturelle de la violence persiste dans certains milieux. Les normes culturelles jouent un rôle important dans la genèse de la violence intrafamiliale. La socialisation des hommes (apprentissage de la compétition, vision stéréotypée et sexiste des rôles sociaux, rapports de pouvoir, etc.) contribue à maintenir l'inégalité des rapports entre les hommes et les femmes. Comme le souligne Ginette Larouche (1987) :

> «La socialisation, basée sur l'apprentissage de rôles sexués, octroie aux hommes une position de pouvoir. Cette notion de pouvoir et d'autorité, qui marque les rapports entre les sexes contribue à légitimer la victimisation des femmes» (p. 18).

Selon Bowker (1983), plus les hommes sont intégrés dans des rôles sociaux masculins, plus ils risquent de battre leurs femmes. De plus, les hommes qui ont des amis batteurs risqueraient plus que les autres de devenir violents envers leur conjointe. Cette forme d'approbation sociale viendrait légitimer en quelque sorte le recours à des conduites violentes envers les femmes (DeKeseredy, 1988).

En contrepartie, la socialisation des femmes leur apprend à développer des attitudes de passivité et de conformisme. La persévérance devant l'épreuve, la compréhension, le sacrifice et la générosité sont des vertus féminines que l'on inculque aux petites filles depuis toujours (Browne, 1987). Clarkson (1994) souligne le «caring» comme une valeur que l'on retrouve fréquemment chez les femmes victimes de violence conjugale. Chez les femmes d'un certain âge, cette valeur pourrait être liée à l'éducation religieuse reçue.

La socialisation des femmes, en favorisant peu leur autonomie, les prépare mal à assumer les différents rôles reliés à une participation plus large à toutes les sphères de la société. Selon Alarie et Ménard (1987), ce type de socialisation constituerait un terrain propice au développement de la victimisation. Les valeurs traditionnellement attachées à la famille auraient aussi un rôle à jouer, expliquant pourquoi des personnes violentées en milieu familial choisissent parfois d'endurer la violence plutôt que de voir éclater la famille (Clarkson, 1994).

L'apprentissage social de la violence et le niveau plus élevé de violence dans la société favorisent l'apparition de la violence familiale (Straus et Hotaling, 1980). Outre la famille, d'autres milieux comme celui de l'école et du travail, peuvent exercer une influence sur l'intégration des attitudes liées aux sexes. Majoritairement, les garçons seraient associés au rôle d'agresseur et les filles à celui de victime (Fortin *et al.*, 1995).

Les médias constituent également des moyens de socialisation. Des recherches canadiennes et américaines démontrent que la progression vers l'égalité des rôles sexuels dans les dramatiques télévisées n'a pas été constante au cours des dernières décennies. Les femmes que l'on voit à la télévision sont portées vers le mariage, les enfants et les idylles, alors que les hommes sont associés plutôt au travail rémunéré, aux véhicules et à la violence (Santé Canada, 1993).

Enfin, la pornographie est une forme indirecte de violence faite aux

femmes. Elle entretient à l'endroit des femmes des attitudes de mépris et de violence qui peuvent avoir des liens avec certaines agressions perpétrées contre elles (Moisan, 1993).

3.1.3 SANTÉ DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

Les études réalisées sur la santé des femmes violentées sont peu nombreuses. Parmi les plus importantes, mentionnons celle de Kérouac *et al.* (1986) réalisée dans la région de Montréal en 1983-1984, celle de Chénard *et al.* (1990) qui a eu lieu dans le Bas-St-Laurent et la Gaspésie au cours de l'année 1988 et enfin celle de Rinfret-Raynor *et al.* (1994) portant sur l'efficacité d'un modèle d'intervention féministe auprès de femmes violentées. Ces trois études ont été réalisées auprès de femmes ayant séjourné dans des Centres d'hébergement ou ayant fait appel à des services sociaux. Les résultats de la recherche de Chénard *et al.* sont d'autant plus intéressants qu'ils présentent des éléments de comparaison avec l'enquête Santé Québec 1987.

Globalement, les résultats de ces études montrent que les problèmes de santé des femmes violentées sont nombreux (détresse psychologique, idées suicidaires et tentatives de suicide, insomnie, fatigue, etc.); ces femmes apparaissent déprimées, anxieuses et ont tendance à la somatisation. Les habitudes de vie de ces femmes sont peu enviables, notamment, en ce qui a trait à la consommation de cigarettes, d'alcool et de médicaments. Elles s'adonnent peu à des activités sportives et récréatives (Kérouac *et al.*, 1986).

L'étude de Chénard *et al.* (1990) précise que les femmes ex-hébergées sont plus nombreuses à avoir des problèmes de santé et qu'elles en ont plus que les autres femmes. Elles sont aussi moins nombreuses à s'estimer en bonne santé. Comparées à l'ensemble des femmes québécoises, telles qu'étudiées dans l'enquête Santé Québec 1987, les femmes ex-hébergées présentent une proportion plus élevée (près de deux fois) de femmes obèses. Elles sont également deux fois plus nombreuses à avoir des accidents, particulièrement lorsqu'il s'agit

d'accidents qui se produisent à la maison. Elles sont près de cinq fois plus nombreuses à avoir des problèmes psychologiques graves et elles se distinguent par une prévalence plus élevée de périodes de grande nervosité et d'irritabilité, de dépression, de périodes de confusion et de perte de mémoire. Une femme sur trois présente un niveau de détresse psychologique élevé, ce qui correspond à une fois et demie la proportion de l'ensemble des Québécoises ayant un même niveau de détresse psychologique. Les femmes ex-hébergées montrent un taux d'idées suicidaires important, soit une femme sur huit, et se distinguent nettement des autres femmes. D'autre part, l'étude de Rinfret-Raynor *et al.* (1994) a également montré que l'impact psychologique de la violence conjugale chez les femmes était durable, le nombre élevé de symptômes liés à la détresse psychologique continuant de persister même chez les femmes ayant quitté leur conjoint.

La consultation de professionnels de la santé et la consommation de médicaments, figurent parmi les conséquences des problèmes de santé de ces femmes. L'étude de Chénard *et al.* (1990) montre que par rapport à l'ensemble des femmes du Québec, les femmes ex-hébergées sont deux fois plus nombreuses à avoir consulté un professionnel de la santé et elles se démarquent surtout par l'importance des consultations auprès des travailleurs sociaux et des psychologues. Ces consultations ont lieu surtout en bureau privé et à la clinique d'un hôpital alors que les résultats publiés par d'autres études indiquent que les femmes violentées consulteraient surtout des services d'urgence.

L'étude de Chénard *et al.* (1990) montre de plus que les femmes violentées sont plus nombreuses à consommer des médicaments et le nombre de médicaments consommés est également plus important que chez les autres Québécoises. Enfin, ces femmes sont deux fois plus nombreuses à consommer des tranquillisants.

3.2 ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

3.2.1 QUESTIONNAIRE SUR LA RÉSOLUTION DE CONFLITS CONJUGAUX

Le questionnaire sur la résolution de conflits (QRC) issus du

Conflict Tactics Scales (CTS) de Straus a été utilisé pour mesurer la fréquence et la prévalence de la violence conjugale. La version retenue est celle qui rapporte le comportement du conjoint (forme R), traduit en français lors de l'étude de Bouchard et Dumont (1989). À l'instrument de base, trois questions ont été ajoutées traitant d'autres conduites à caractère violent et une dernière portant sur les conduites sexuelles (question 20 à 23) (tableau 3.3).

Les différents indices de conduites à caractère violent (verbale/symbolique, physique mineure et physique grave) présentés dans les résultats ont été construits selon la même méthode que ceux effectués par les auteurs américains. La question 7 n'est pas incluse dans les calculs puisqu'elle n'est pas jugée suffisamment discriminante pour décrire la violence verbale/symbolique. Étant donné le faible nombre de femmes ayant déclaré avoir subi des conduites de violence physique grave, seul le score global (incluant les conduites physiques mineures et graves) est utilisé pour les fins d'analyse. Cette mesure permet également de rendre les données comparables à celles d'études semblables sur le sujet.

3.2.2 Mode de collecte de l'information

Les ménages ont été rejoints à leur domicile par un interviewer[1] qui demandait, dans un premier temps, à l'informateur clé de répondre à un questionnaire pour le ménage et à chaque personne de 15 ans ou plus du ménage de compléter un questionnaire autoadministré. Par la suite, dans le cas où le ménage était présélectionné pour l'étude portant sur la résolution de conflits conjugaux (QRC), l'interviewer demandait à l'informateur clé de répondre à ce questionnaire autoadministré. Cet informateur clé devait toutefois avoir les caractéristiques suivantes : être une femme âgée de moins de 65 ans, mariée ou vivant en union de fait ou encore séparée ou divorcée; dans ce dernier cas, la répondante devait avoir eu des contacts avec son ex-

[1] Dans 11,1 % des cas, l'interviewer était un homme.

conjoint au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Tout comme pour le QRC avec les enfants, le questionnaire était remis à la femme en lui proposant un premier exemple de questions; ensuite, elle était invitée à le compléter et à demander de l'aide si nécessaire. Lorsque le questionnaire était complété, elle le glissait dans une enveloppe scellée qu'elle remettait à l'interviewer.

Pour des raisons de sécurité, l'interviewer devait s'assurer d'être seul avec la répondante, c'est-à-dire, qu'il ne devait y avoir aucune autre personne dans la pièce, mis à part les enfants en bas âge. Mentionnons également que les interviewers avaient reçu une formation spécifique à l'égard de ce volet de l'enquête face aux réactions possibles de la répondante et sur la façon d'y répondre (ex. en démontrant de la sympathie, en donnant à la répondante l'occasion de se retirer de la situation ou en la référant à des organismes pouvant lui venir en aide).

3.2.3 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon de femmes sélectionné pour cette étude constitue un sous-échantillon puisqu'il est tiré de l'échantillon global de l'enquête. L'échantillon final prévu devait inclure 2 000 femmes. Lors des trois premières vagues de l'enquête, le nombre de femmes rejointes fut sensiblement plus bas que prévu ce qui a incité à ne plus sous-échantillonner lors de la dernière vague de manière à obtenir le nombre de femmes visé. La faible participation des femmes s'explique en grande partie par la difficulté d'être isolées au moment de remplir le QRC.

Au total, 1 823 femmes ont répondu au questionnaire. Le tableau suivant (tableau 3.1) décrit les particularités de cet échantillon. Celui-ci renferme un peu plus de 60 % de femmes de 25 à 44 ans alors que près du tiers ont entre 45 et 64 ans. Par contre, on y retrouve un faible pourcentage de femmes de 18 à 24 ans, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'elles sont moins susceptibles de se retrouver en relation de couple à cet âge. La majorité des femmes de l'échantillon

proviennent de familles traditionnelles ou de couples alors que près de 10 % sont de familles monoparentales ou vivent seules. On pourrait s'attendre à retrouver moins de femmes de familles monoparentales ou vivant seules du fait que les participantes de ces types de famille devaient avoir déjà eu un conjoint et avoir eu des contacts avec leur ex-conjoint au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, pour être éligibles.

Près des trois quarts des femmes de l'échantillon ont un niveau moyen de revenu familial alors que près de la moitié ont un niveau de scolarité qui varie entre 12 et 14 ans. Un peu plus de la moitié des femmes répondantes sont sur le marché du travail ou aux études alors que 38 % tiennent maison; cette proportion est sensiblement plus élevée que dans la population féminine de l'ensemble du Québec et s'explique possiblement par la surreprésentation des femmes de 45 à 64 ans dans l'échantillon; mentionnons que les femmes québécoises de ce groupe d'âge sont dans plus de 40 % des cas à la maison (Santé Québec, 1995).

TABLEAU 3.1
Caractéristiques des répondantes au questionnaire sur la résolution de conflits conjugaux, Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTES		%	n
ÂGE	18-24 ans	6,9	126
	25-34 ans	29,0	528
	35-44 ans	32,2	587
	45-64 ans	31,9	581
TYPE DE FAMILLE	Monoparentale	7,6	139
	Biparentale intacte	54,1	985
	Recomposée	5,7	104
	Personne seule	2,0	36
	Couple sans enfant	30,0	545
	Autre	0,7	13
NIVEAU DE SCOLARITÉ	Moins de 12 ans	37,3	650
	12-14 ans	46,2	806
	15 ans et plus	16,5	288
STATUT D'ACTIVITÉ	Emploi, étudiante	56,5	1 029
	Chômage, aide sociale	5,4	99
	Tient maison, retraitée	38,1	694
NIVEAU DE REVENU	Très pauvre, pauvre	16,3	297
	Moyen	73,4	1 337
	Supérieur	10,3	188
TOTAL		100,0	1 822

3.2.4 PARTICULARITÉS DE LA NON-RÉPONSE

Certaines difficultés survenues au moment de l'enquête font en sorte qu'il n'est pas possible de connaître toutes les raisons de la non-réponse et d'identifier les femmes réellement admissibles à ce volet de l'enquête. Ainsi, les codes de réponse attribués lors de la collecte des données n'a pas permis de départager les cas admissibles des cas non-éligibles et de calculer un taux de réponse. En conséquence, il est impossible d'effectuer une analyse de la répartition de la non-réponse et de comparer les femmes non-répondantes et répondantes. Cette situation s'avère d'autant plus problématique qu'un grand nombre de

femmes n'ont pas participé à l'enquête à cause de l'impossibilité d'être isolées pour répondre au QRC. Dans le cas des répondantes au questionnaire, les taux de non-réponse partielle ont été très faibles puisque la proportion de valeurs manquantes à l'une ou l'autre question est toujours inférieure à 5 %.

3.2.5 PORTÉE ET LIMITES DES DONNÉES

Pour plusieurs raisons, l'échantillon de femmes ayant répondu au QRC ne peut être représentatif de la population des femmes du Québec; en conséquence, aucune inférence à la population ne sera faite à partir des données de ce volet de l'enquête. On a mentionné un peu plus haut qu'une fraction relativement importante de femmes n'ont pu participer à ce volet à cause du critère visant à les isoler pour répondre au QRC. Dans l'impossibilité de comparer les répondantes et les non répondantes, l'importance du biais qui en découle ne peut être évaluée. Par ailleurs, il est possible que certaines caractéristiques des femmes de l'échantillon soient associées à la fréquence plus ou moins grande de conduites violentes sans qu'il soit possible d'en estimer les conséquences sur le taux réel. Ainsi, en est-il des femmes séparées ou divorcées qui déclarent une plus grande part de violence que les femmes mariées ou vivant avec leur conjoint (tableau A.3.2 en annexe).

De plus, comme l'informateur clé n'était pas choisi au hasard, le processus de sélection des femmes ne peut être probabiliste. D'ailleurs, une analyse a été faite afin de détecter d'éventuelles différences entre les femmes répondantes principales au questionnaire rempli par l'interviewer (admissibles au QRC) et celles qui ne l'étaient pas (non admissibles au QRC) parmi les femmes qui avaient un conjoint. Les résultats ont montré plusieurs différences majeures : comparativement aux répondantes principales, les femmes qui ne le sont pas ont des revenus supérieurs, sont plus nombreuses en emploi alors que leurs conjoints le sont moins, elles sont plus souvent aux études, alors que les conjoints sont plus nombreux à la maison ou retraités; ces femmes sont plus âgées, ont un niveau de scolarité plus

élevé, consomment plus d'alcool, sont moins nombreuses à fumer, ont un niveau de détresse psychologique plus élevé, sont moins pauvres, font plus souvent partie des couples sans enfant et sont plus nombreuses à présenter un poids insuffisant (données non présentées).

Enfin, il est possible que la présence d'un interviewer masculin ait pu affecter la réponse des participantes au QRC. Toutefois, les données montrent qu'il n'y a pas de différence notable entre les femmes lorsqu'on examine la présence de conduites psychologiques à caractère violent , selon le sexe de l'interviewer (60 % interviewers masculins et 58 % interviewers féminins). Cependant, lorsqu'il s'agit de conduites physiques, les taux diffèrent légèrement (4 % interviewers masculins et 6 % interviewers féminins) bien que la différence observée ne soit pas significative dans l'échantillon.

3.3 RÉSULTATS

3.3.1 PRÉVALENCE ANNUELLE DE CONDUITES À CARACTÈRE VIOLENT CHEZ LES FEMMES DE L'ÉCHANTILLON

Les résultats présentés dans cette première section visent à décrire les taux annuels de conduites à caractère violent envers les femmes, tels que rapportés par celles-ci. Comme il a été mentionné précédemment, ces taux doivent être considérés comme des taux d'échantillon et ne peuvent être généralisés à la population des femmes québécoises. Le QRC présente les modes de résolution de conflits selon un gradient de gravité où l'on passe du raisonnement, aux conduites verbales/symboliques puis, aux conduites physiques mineures et graves.

La majorité des femmes répondantes mentionnent le raisonnement comme moyen de résolution de conflits dans le couple. Il est encourageant de constater qu'à la question : «Combien de fois depuis un an, votre conjoint ou ex-conjoint a discuté calmement du problème avec vous ?», près de trois femmes sur quatre ont indiqué que ce comportement avait été utilisé et pour la majorité d'entre elles, celui-ci avait été utilisé plus d'une fois (données non présentées). Par ailleurs,

seulement 16 % des femmes ont mentionné que leur conjoint ou ex-conjoint était allé chercher conseil au moins une fois auprès d'une autre source pour aider à solutionner le problème et 7 % avaient demandé à une autre personne d'intervenir pour aider à régler les choses avec elles.

Par ailleurs, les modes de résolutions de conflits sont souvent coercitifs puisque plus de la moitié des répondantes (58 %) déclarent avoir subi des conduites verbales/symboliques à caractère violent de la part de leur conjoint ou ex-conjoint au moins une fois au cours de l'année ayant précédé l'enquête (tableau 3.2). Par ailleurs, la prévalence annuelle de la violence physique globale (mineure ou grave) est de l'ordre de 6 %. Ce taux semble sensiblement plus élevé que celui obtenu lors de l'enquête de Statistique Canada sur la violence envers les femmes en 1993 (3,4 %). Lorsqu'on examine le taux des conduites physiques violentes en fonction de la gravité des actes commis, c'est 5,8 % des femmes de l'échantillon québécois qui déclarent avoir été victimes des conduites physiques mineures et 1,8 % de conduites physiques graves. Bien qu'ils se rapprochent des taux obtenus lors de l'enquête exploratoire menée sur le territoire de Sainte-Thérèse au Québec, ces taux semblent nettement inférieurs à ceux des États-Unis obtenus en 1985 (violence physique globale : 11,3 % violence physique grave : 3,0 %).

TABLEAU 3.2
Prévalence annuelle des conduites à caractère violent infligées par le conjoint ou l'ex-conjoint selon le type, Enquête sociale et de santé 1992-1993

TYPE DE CONDUITE	%	n
VERBALE/SYMBOLIQUE	58,3	1 053
PHYSIQUE GLOBALE	6,0	110
GRAVE	*1,8*	*33*
MINEURE	*5,8*	*106*
SEXUELLE	1,2	21
AUTRE TYPE DE VIOLENCE	14,6	266

D'autre part, près de 13 % des femmes de l'échantillon reconnaissent avoir été ridiculisées ou humiliées devant les autres par leur conjoint ou ex-conjoint au moins une fois au cours de l'année ayant précédé l'enquête (tableau 3.3). Un plus faible pourcentage (3 %) de femmes déclarent que le conjoint ou l'ex-conjoint a menacé de leur couper les vivres et la même proportion avouent que ce dernier les a menacées de leur enlever leur(s) enfant(s). Enfin, une faible proportion de femmes (1,2 %) ont déclaré avoir été contraintes à des activités sexuelles sous la menace au moins une fois, au cours de la même période.

Il appert que certaines conduites verbales/symboliques seraient utilisées plus fréquemment que d'autres par les conjoints ou ex-conjoints : refuser de discuter du problème (36 %), provoquer ou faire fâcher l'autre volontairement (36 %), sortir fâché de la pièce ou de la maison en claquant la porte (35 %) ou encore s'adresser à l'autre en sacrant (26 %). D'autres stratégies comme lancer, frapper ou donner des coups de pied sur un objet (11 %) ou menacer de frapper ou de lancer quelque chose par la tête à l'autre (5 %) apparaissent moins fréquentes.

Parmi les gestes d'agression physique, le comportement qui revient le plus souvent est celui où la femme a été poussée, secouée ou bousculée par son conjoint ou son ex-conjoint (5 %).

TABLEAU 3.3

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent de la part du conjoint ou de l'ex-conjoint, Enquête sociale et de santé 1992-1993

COMBIEN DE FOIS DEPUIS UN AN, VOTRE CONJOINT OU VOTRE EX-CONJOINT	%	n
Conduites verbales/symboliques		
Q4- Vous a insultée ou s'est adressé à vous en criant lorsqu'il y avait un problème ?	25,6	461
Q5- Vous a boudée ou a refusé de discuter d'un problème avec vous ?	36,4	657
Q6- Est sorti fâché de la pièce ou de la maison en claquant la porte ?	35,4	637
Q7- En est venu aux larmes en tentant de régler le problème avec vous ?[1]	21,1	380
Q8- Vous a contrariée volontairement ?	35,9	646
Q9- A menacé de vous frapper ou de vous lancer quelque chose «par la tête»	4,6	83
Q10- A lancé, cassé, frappé un objet ou donné des coups de pied sur un objet en votre présence ?	11,1	200
Conduites physiques mineures		
Q11- Vous a lancé quelque chose ?	2,0	37
Q12- Vous a poussé, secouée, bousculée ?	5,4	99
Q13- Vous a donné une claque ou une gifle ?	2,1	38
Conduites physiques graves		
Q14- Vous a donné des coups de pied, mordue ou donné un coup de poing ?	1,0	19
Q15- Vous a frappée volontairement avec un objet ?	0,6	11
Q16- Vous a administré une raclée ?	0,7	12
Q17- A essayé de vous étrangler ?	0,9	17
Q18- Vous a menacée avec un couteau ou un fusil ou autrement ?	0,2	4
Q19- A utilisé un couteau ou un fusil dans le but de vous blesser ou de vous tuer ?	0,1	1
Autres conduites		
Q20- Vous a ridiculisée ou humiliée devant les autres ?	12,7	231
Q21- A menacé de vous couper les vivres ?	2,7	48
Q23- Vous a menacée de vous enlever votre ou vos enfants ?	3,2	58
Conduites sexuelles		
Q22- Vous a contrainte à des activités sexuelles sous la menace ?	1,2	21

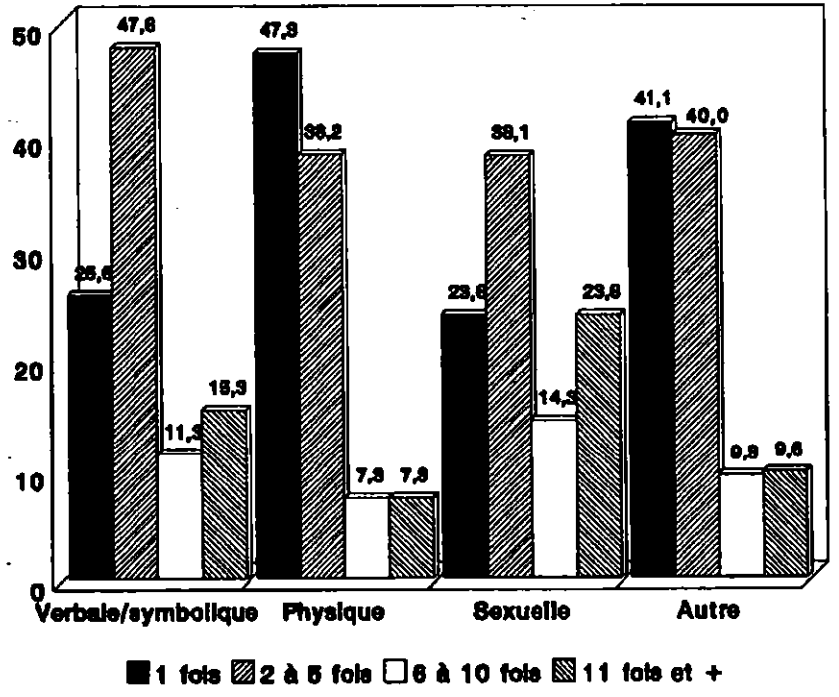
[1] Cette question n'est pas incluse dans l'indice.

Les différentes formes de violence n'ont pas tendance à se manifester isolément. Ainsi, toutes les femmes qui ont déclaré avoir subi des conduites physiques à caractère violent au cours de l'année ayant précédé l'enquête avaient également été victimes de conduites violentes verbales/symboliques de la part de leur conjoint ou ex-conjoint (données non présentées). Environ 11 % des femmes qui ont mentionné avoir subi des conduites physiques à caractère violent avaient aussi vécu des conduites sexuelles violentes. Enfin, la cooccurrence de violence physique et d'autres conduites violentes apparaît dans 67 % des cas.

Les actes de violence commis à l'encontre des femmes ne constituent pas des incidents isolés. Le graphique 3.1 montre qu'un bon nombre de femmes ayant subi des comportements à caractère violent de la part du conjoint au cours de l'année ayant précédé l'enquête, ont été l'objet d'agressions répétées. Ainsi, dans le cas des conduites verbales/symboliques, un peu plus du quart des femmes ont vécu ces conduites plus de six fois durant l'année; la proportion baisse à 15 % lorsqu'il s'agit de conduites physiques (mineures ou graves). Enfin, on estime que près de 40 % des femmes ayant déclaré des conduites sexuelles violentes ont été l'objet de ce type d'agression plus de six fois au cours de l'année ayant précédé l'enquête et près de 20 % dans le cas des autres conduites violentes.

GRAPHIQUE 3.1

Fréquence annuelle des conduites à caractère violent selon le type des conduites, répondantes ayant déclaré être victimes, Enquête sociale et de santé 1992-1993



3.3.2 PRÉVALENCE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES

Même si la violence peut se retrouver dans tous les types de familles, c'est au sein des familles monoparentales et dans les familles recomposées qu'elle apparaît le plus élevée, notamment en ce qui a trait à la violence verbale/symbolique; les taux les plus élevés de violence physique sont déclarés par les femmes chefs de familles monoparentales et les femmes qui vivent seules (tableau 3.4). Comme les déclarations réfèrent à la dernière année écoulée et qu'aucune information n'est disponible sur le contexte de la violence, il est

impossible de savoir si les situations de violence rapportées se sont produites avant la rupture avec le conjoint, pendant ou après celle-ci. Même si le fait de quitter son conjoint représente pour les femmes souvent le seul moyen d'enrayer la violence, il est possible que les conduites à caractère violent se perpétuent au-delà de la rupture. Des données complémentaires sont nécessaires pour comprendre cette situation.

La violence se répercute dans tous les groupes d'âge mais c'est surtout à l'égard des jeunes femmes qu'elle est manifeste. Le taux de violence physique y est près de huit fois plus élevé que chez celles de 45 à 64 ans. Statistique Canada (1993) a observé un phénomène similaire lors de son enquête. Cela peut s'expliquer par une plus grande disposition des jeunes à déclarer des actes violents mais cela pourrait aussi être lié au manque de maturité des jeunes à gérer des conflits de même qu'à leur système de croyances susceptible de justifier davantage la violence. La conjonction d'autres facteurs comme la durée de la vie du couple peut également interférer sur les résultats mais ceux-ci n'ont pas été pris en compte dans la présente étude.

La scolarité semble associée à la violence verbale/symbolique. Ce sont les femmes les plus scolarisées qui déclarent les taux les plus élevés de violence verbale/symbolique, ce qui pourrait être attribué à un seuil de tolérance plus faible à l'égard de la violence de leur part. Par ailleurs, le niveau de scolarité des répondantes ne semble pas avoir de lien avec la violence physique. Cette dernière forme de violence serait cependant plus prévalente lorsque les conditions de vie des familles sont plus précaires. Ainsi, les données de l'échantillon indiquent des taux de violence physique près de deux fois plus élevés lorsque les femmes se retrouvent en situation de chômage ou à l'aide sociale et lorsque leur ménage se situe sous le seuil de faible revenu. Ces données vont dans le même sens que celles observées par Straus et Gelles (1992) pour qui les facteurs liés au revenu et à l'occupation contribuent à l'accumulation de stress qui agit alors comme variable intermédiaire pour expliquer la violence. Cependant, la perception que

les femmes ont de leur situation financière ne semble pas avoir de lien avec la présence de violence.

Enfin, même si les répondantes qui se déclaraient enceintes au moment de l'enquête étaient proportionnellement un peu plus nombreuses à avoir subi des conduites violentes verbales/symboliques (68 c. 58 %) et physiques (10 c. 6 %) de la part de leur conjoint que les autres répondantes, les différences observées sont trop faibles pour être significatives à cause sans doute des petits nombres.

TABLEAU 3.4

Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon certaines caractéristiques sociodémographiques des répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES		VERBALE/SYMBOLIQUE	PHYSIQUE
		%	%
TYPE DE FAMILLE	Monoparentale	68,8	17,3
	Biparentale intacte	57,7	4,3
	Recomposée	66,4	8,7
	Personne seule	55,6	11,1
	Couple	54,9	5,7
GROUPE D'ÂGE	Moins de 25 ans	83,2	16,7
	25 - 34 ans	67,9	8,7
	35 - 44 ans	55,8	5,1
	45 - 64 ans	47,0	2,2
SCOLARITÉ	Moins de 12 ans	50,0	5,7
	12 - 14 ans	62,5	5,7
	15 ans et plus	65,4	6,9
STATUT D'ACTIVITÉ	Emploi, étudiante	60,7	5,8
	Chômage, aide sociale	62,6	14,1
	Tient maison, retraitée	54,2	5,5
NIVEAU DE REVENU	Pauvre	60,6	12,1
	Moyen	58,5	5,0
	Supérieur	53,5	3,7
PERCEPTION DE SA SITUATION FINANCIÈRE	Pauvre	60,9	7,2
	Suffisant	58,1	5,9
	À l'aise	55,5	2,7

3.3.3 PRÉVALENCE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DES CONJOINTS ACTUELS

Les informations obtenues ne portent que sur les conjoints actuels des femmes ayant subi des conduites à caractère violent, les ex-conjoints n'étant pas rejoints par l'enquête. Les femmes n'ayant pas à préciser de qui provenaient les conduites à caractère violent commises à leur égard au cours de l'année ayant précédé l'enquête, ont pu rapporter des conduites attribuables à un ex-conjoint même si elles vivaient avec un nouveau conjoint (cette fois non violent) ayant participé à l'enquête. Il est alors impossible de savoir si les caractéristiques disponibles s'appliquent au conjoint agresseur ou à un nouveau conjoint qui ne l'est pas.

Malgré cette limite, les résultats observés vont le plus souvent dans le sens attendu. Ainsi, parmi les facteurs de risque de violence, Gelles *et al.* (1994) avait entre autres noté l'âge du conjoint entre 18 et 30 ans, la situation financière défavorable, la faible scolarité, l'utilisation de drogues illicites et d'autres facteurs sur lesquels nous n'avons pas d'information dans cette enquête comme le fait d'avoir été témoin de la violence de son père à l'égard de sa mère, les différences de religion, etc. Les résultats indiquent que le jeune âge du conjoint est étroitement associé tant à la violence verbale/symbolique qu'à la violence physique (tableau 3.5). Les taux obtenus chez les 18-24 ans (84 % et 11 %) sont environ deux plus élevés que ceux rencontrés chez les plus âgés. La scolarité du conjoint ne semble avoir de lien qu'avec la violence verbale/symbolique, ce qui corrobore les résultats obtenus chez les conjointes. Chez les conjoints qui travaillent, le manque d'autonomie décisionnelle au travail est associé à de plus hauts taux de violence physique. Le fait que le conjoint soit dépendant de l'aide sociale ou du chômage semble davantage associé à la violence verbale/symbolique qu'à la violence physique où les différences entre les taux sont trop faibles pour être significatives. Cependant, lorsque les conjoints ont un patrimoine accumulé inférieur (ménages formés de locataires n'ayant aucun placement), les taux de conduites violentes sont nettement plus élevés; ce phénomène peut toutefois être lié à

l'âge. Enfin, la perception négative des conjoints à l'égard de leur situation financière est associée à l'utilisation de conduites violentes physiques.

TABLEAU 3.5

Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon certaines caractéristiques socioéconomiques du conjoint, Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT		VERBALE/SYMBOLIQUE	PHYSIQUE
		%	%
GROUPE D'ÂGE	18 - 24 ans	84,1	11,1
	25 - 34 ans	69,8	7,6
	35 - 44 ans	58,4	5,5
	45 - 64 ans	48,1	1,9
	65 ans et plus	32,0	5,9
NIVEAU DE SCOLARITÉ	Moins de 12 ans	52,3	4,5
	12 - 14 ans	59,9	5,4
	15 ans et plus	59,1	3,3
STATUT D'ACTIVITÉ	Emploi, étudiant	58,1	4,8
	Chômage, aide sociale	62,6	6,8
	Retraité, tient maison	39,4	2,9
AUTONOMIE DÉCISIONNELLE AU TRAVAIL	Élevée	56,6	2,8
	Faible	58,6	6,3
PERCEPTION DE SA SITUATION FINANCIÈRE	Pauvre	57,0	6,9
	Suffisant	55,5	4,4
	À l'aise	60,1	2,4
PATRIMOINE ACCUMULÉ	Supérieur	54,5	4,4
	Moyen	60,5	5,8
	Inférieur	67,1	11,2

3.3.4 PRÉVALENCE SELON LA CONSOMMATION D'ALCOOL DU CONJOINT

La consommation d'alcool constitue un facteur de risque associé à la violence conjugale. Plusieurs études dont l'enquête de Statistique Canada (1993) et celles de Straus et Gelles (1992) ont montré le rôle prépondérant de l'alcool dans la violence envers les femmes. Les données de l'enquête indiquent que les taux des

conduites verbales/symboliques à caractère violent sont significativement plus élevés pour chacun des différents comportements liés à la consommation d'alcool du conjoint (tableau 3.6). De plus, comme le montre le graphique 3.2, les taux de conduites violentes qu'elles soient verbales/symboliques ou physiques s'accroissent de façon significative en fonction du nombre d'épisodes de forte consommation d'alcool au cours des douze mois ayant précédé l'enquête; on observe un taux de conduites violentes physiques environ trois fois plus élevé lorsque le conjoint s'est enivré cinq fois ou plus durant cette période comparativement à la situation où il ne s'est jamais enivré. Il en est de même avec le polyusage d'alcool et de drogues, où le taux de conduites physiques à caractère violent est nettement plus important que dans la situation où le conjoint ne consomme ni drogue ni alcool. L'âge joue sans doute ici un rôle important.

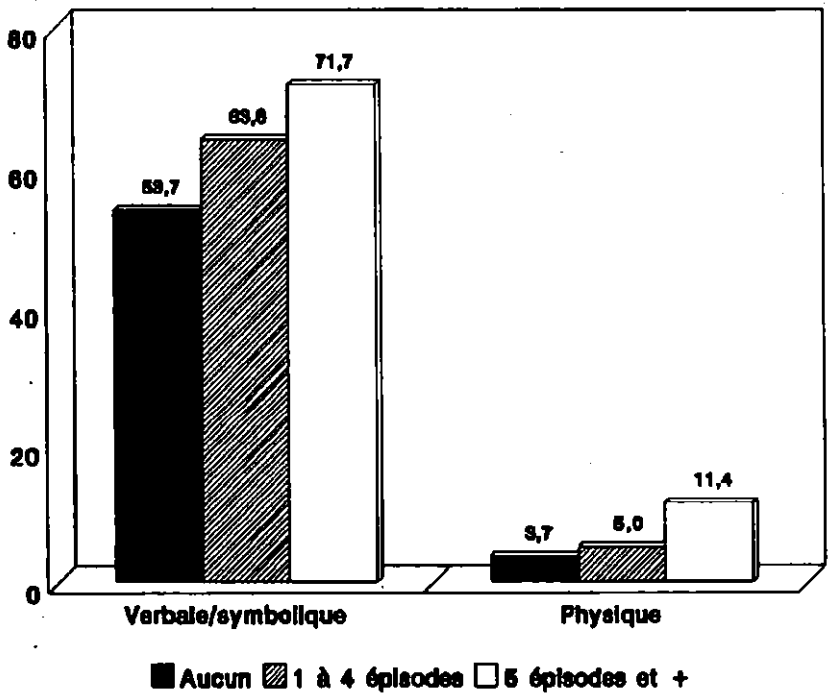
TABLEAU 3.6

Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon la consommation d'alcool du conjoint, Enquête sociale et de santé 1992-1993

CONSOMMATION D'ALCOOL DU CONJOINT		VERBALE/SYMBOLIQUE	PHYSIQUE
		%	%
PROFIL DE CONSOMMATION	Abstinente	49,5	3,0
	Modérée	56,0	4,4
	Occ. excessifs	64,5	6,3
	Gros buveurs	76,5	5,7
NBRE DE FOIS OÙ UNE PERSONNE A PRIS CINQ CONSOMMATIONS OU PLUS EN UNE SEULE OCCASION	Jamais	51,5	4,9
	1 à 4 fois	59,2	4,2
	5 fois et plus	63,4	5,2
ÉPISODES DE FORTE CONSOMMATION D'ALCOOL (DOUZE MOIS)	Aucune	53,7	3,7
	1 à 4 épisodes	63,8	5,0
	5 épisodes et plus	71,7	11,4
POLYUSAGE D'ALCOOL ET DE DROGUES	Aucune	49,7	2,2
	Alcool seul	56,2	4,2
	Alcool et drogue	71,2	11,8
INDICE DE PROBLÈMES LIÉS À L'ALCOOL (CAGE)	Risque nul	53,8	4,1
	Risque faible	57,4	6,8
	Risque élevé	66,1	5,1

GRAPHIQUE 3.2

Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon le nombre d'épisodes de forte consommation d'alcool chez le conjoint, Enquête sociale et de santé 1992-1993



3.3.5 PRÉVALENCE SELON LE SOUTIEN SOCIAL DES FEMMES

L'isolement social constitue un autre facteur associé à la violence conjugale. Ce phénomène a été observé dans l'étude de Chénard *et al.* (1990) auprès des femmes ex-hébergées ainsi que dans celle de Rinfret-Raynor *et al.* (1992) auprès des femmes ayant bénéficié d'une intervention en service social. Dans l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, l'indice de soutien social apparaît associé à la violence conjugale puisque la prévalence des conduites à caractère violent tant

verbale/symbolique que physique est plus élevée parmi les femmes dont le soutien social est faible (tableau 3.7). Si on examine ses dimensions, plus la satisfaction quant à la vie sociale est grande, plus le taux de conduites à caractère violent est faible (graphique 3.3). De même, plus le nombre d'aidants dans l'entourage augmente, moins il y a de conduites violentes. Enfin, on remarque un taux de conduites violentes sensiblement plus élevé lorsque les femmes répondantes déclarent passer plus de la moitié de leur temps libre seules au cours des deux mois ayant précédé l'enquête que lorsqu'elles sont seules moins souvent.

Par ailleurs, les femmes n'ayant des rencontres sociales que rarement ou jamais sont plus nombreuses à subir des conduites verbales/symboliques à caractère violent que les autres répondantes.

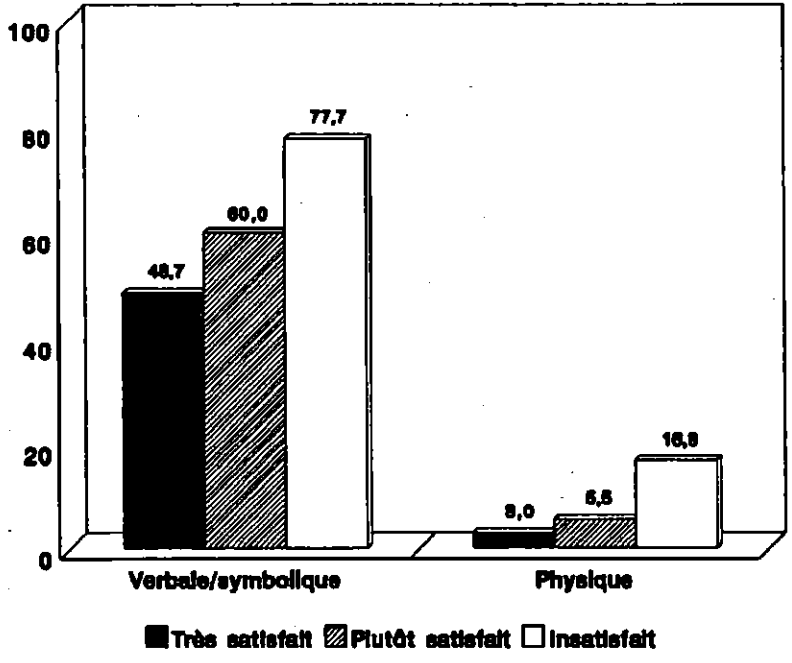
TABLEAU 3.7

Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon certaines caractéristiques du soutien social des répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUES DU SOUTIEN SOCIAL		VERBALE/SYMBOLIQUE	PHYSIQUE
		%	%
INDICE DE SOUTIEN SOCIAL	Faible	68,9	10,5
	Élevé	56,3	5,0
SATISFACTION QUANT À LA VIE SOCIALE	Insatisfaite	77,7	16,8
	Plutôt satisfaite	60,0	5,5
	Très satisfaite	48,7	3,0
FRÉQUENCE DES RENCONTRES SOCIALES	1 fois/an ou jamais	70,0	10,0
	1 fois/mois	59,8	6,8
	1 fois/sem. ou plus	57,0	5,3
SOLITUDE DURANT LES TEMPS LIBRES	Seule plus de la moitié du temps	71,8	10,7
	Avec d'autres	57,0	5,5
NOMBRE DE PERSONNES POUVANT AIDER AU BESOIN	Aucune	72,0	16,0
	1 ou 2 personnes	62,1	6,8
	3 à 7 personnes	58,5	5,5
	8 personnes ou plus	52,9	4,6

GRAPHIQUE 3.3

Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon la satisfaction des conjointes quant à la vie sociale, Enquête sociale et de santé 1992-1993



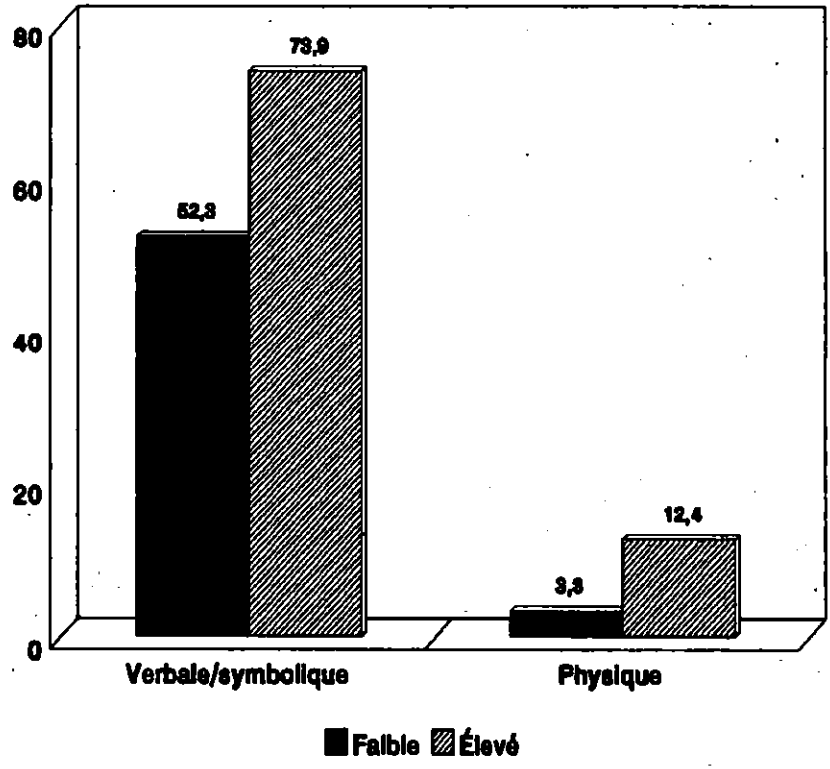
3.3.6 PRÉVALENCE SELON LA SANTÉ DES FEMMES

Les problèmes de santé des femmes victimes de conduites à caractère violent de la part du conjoint sont nombreux et ne sont pas sans conséquences. Les données obtenues sur l'état de santé des femmes répondantes au QRC confirment que la présence de problèmes de santé mentale est associée avec les conduites à caractère violent. Ces résultats vont dans le même sens que ceux des études réalisées auprès d'échantillons cliniques qui indiquent que la santé mentale des femmes est profondément affectée par les situations de violence qu'elles subissent.

Les résultats montrent une relation significative entre l'indice de détresse psychologique et les taux de conduites à caractère violent (graphique 3.4). De même, la présence d'idées suicidaires chez les femmes est associée à de plus hauts taux de conduites à caractère violent envers la conjointe (tableau 3.8). Ces résultats corroborent ceux observés précédemment auprès des enfants (chapitre 2).

GRAPHIQUE 3.4

Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon l'indice de détresse psychologique des répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993



Les données indiquent également que les taux de conduites violentes physiques sont beaucoup plus élevés lorsque les femmes ont une perception moins favorable de leur état de santé.

La limitation des activités à long terme représente un autre facteur de risque associé aux conduites violentes. Les résultats obtenus montrent des taux de violence nettement plus élevés lorsque les femmes déclarent une limitation dans les activités. Cette constatation a également été observée dans d'autres recherches dont celle de Statistique Canada (1994).

TABLEAU 3.8

Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon l'état de santé des répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES FEMMES		VERBALE/SYMBOLIQUE	PHYSIQUE
		%	%
PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ	Excel./très bonne	57,0	4,4
	Bonne, moyenne	59,7	7,5
	Mauvaise	56,0	12,0
INDICE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	Faible	52,3	3,3
	Élevé	73,9	12,4
IDÉES SUICIDAIRES AU COURS DES DOUZE MOIS AYANT PRÉCÉDÉ L'ENQUÊTE	Absence	56,4	4,6
	Présence	85,5	23,6
LIMITATION DES ACTIVITÉS À LONG TERME	Non	57,9	6,7
	Oui	85,7	25,0

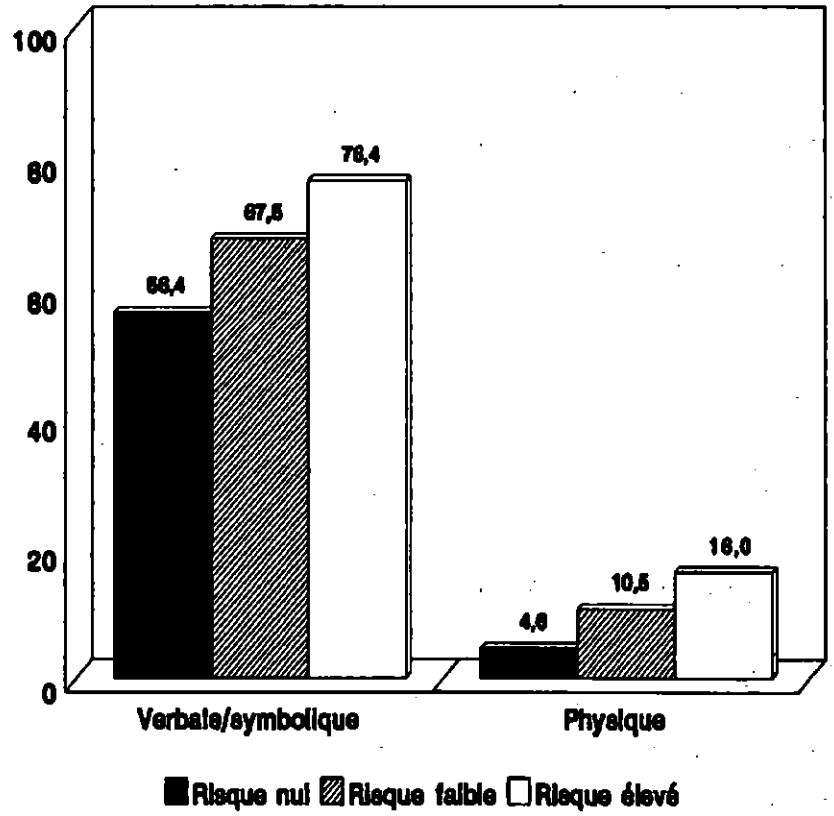
3.3.7 PRÉVALENCE SELON LES HABITUDES DE VIE DES FEMMES

Les habitudes de vie des femmes ne sont pas indépendantes de la situation de violence qu'elles subissent. Les taux de conduites violentes sont associés au risque lié à la consommation d'alcool parmi les répondantes et au tabagisme. On observe ainsi que plus le risque

lié à la consommation d'alcool s'accroît, plus les conduites à caractère violent tant verbales/symboliques que physiques ont tendance à se manifester (graphique 3.5). Les taux de conduites violentes sont également plus élevés parmi les fumeuses que chez les autres répondantes (graphique 3.6).

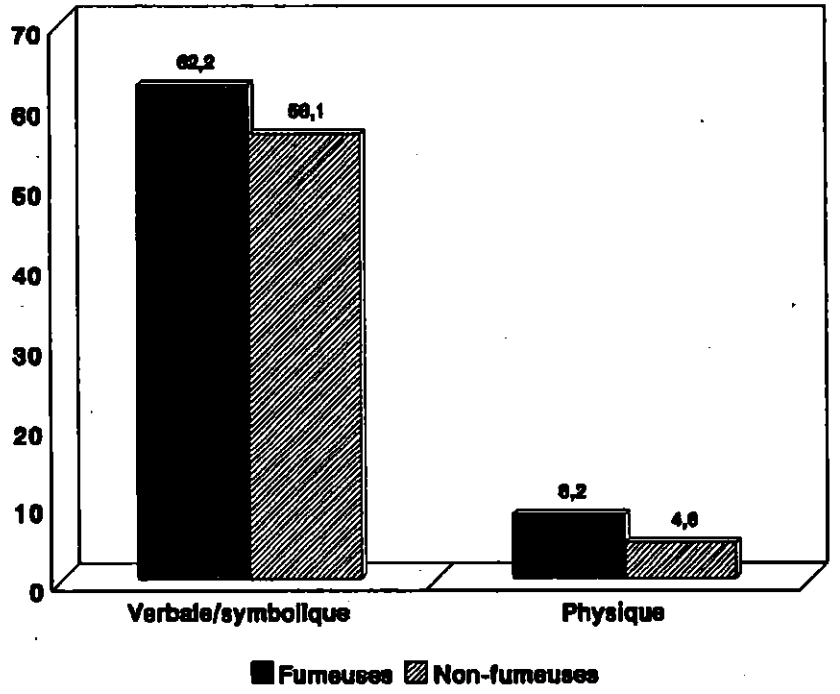
GRAPHIQUE 3.5

Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon le risque lié à la consommation d'alcool (CAGE) chez les répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993



GRAPHIQUE 3.6

Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon l'usage de la cigarette chez les répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993



3.3.8 PRÉVALENCE SELON L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

Le recours aux services de santé va de pair avec la violence conjugale, particulièrement lorsqu'il s'agit de conduites physiques à caractère violent. Ainsi, le taux de conduites physiques à caractère violent est plus élevé chez les femmes qui ont eu recours aux services de santé et qui ont consulté un médecin généraliste au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête que parmi les autres (tableau 3.9). Ce résultat concorde avec les données de Chénard *et al.* (1990).

Les données de l'enquête sociale et de santé montrent également que la majorité des femmes victimes de conduites à caractère violent choisissent le bureau privé comme lieu de consultation (64 % conduites verbales/symboliques et 60 % conduites physiques) et la clinique externe (17 % et 19 %) lorsqu'elles ont recours aux services de santé (données non présentées).

Cependant, il ne semble pas exister de lien entre la consommation de médicaments en général ou celle de tranquillisants et les manifestations de la violence conjugale, ce qui va à l'encontre des observations de Chénard *et al.* (1990) qui avait remarqué une plus grande consommation de tranquillisants chez les femmes violentées. Il faut toutefois préciser que le type de population étudié alors était différent (femmes ex-hébergées) ce qui pourrait expliquer cette variation dans le profil de consommation des médicaments.

TABLEAU 3.9

Prévalence annuelle des conduites verbales ou physiques à caractère violent selon le recours aux services de santé et la consommation de médicaments des répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993

RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ		VERBALE/SYMBOLIQUE	PHYSIQUE
		%	%
AU MOINS UNE CONSULTATION AU COURS DES DEUX SEMAINES AYANT PRÉCÉDÉ L'ENQUÊTE	Non	57,1	4,9
	Oui	61,1	8,7
CONSULTATION CHEZ UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE	Non	57,8	5,6
	Oui	61,8	8,9
CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS	Aucune	54,3	5,1
	Au moins une	60,3	8,5
CONSOMMATION DE TRANQUILLISANTS	Non	58,5	5,9
	Oui	54,0	8,1

3.4 CONCLUSION

3.4.1 BILAN DES RÉSULTATS

Plusieurs conséquences pour l'intervention et les politiques sociales, notamment pour la Politique de la santé et du bien-être, peuvent être dégagées des résultats obtenus auprès des femmes interviewées. À partir des faits saillants de l'enquête, on tracera des pistes de réflexion et de solution susceptibles d'améliorer le sort des femmes québécoises vivant des situations de violence conjugale. Il faut toutefois rappeler les limites des conclusions dégagées par cette enquête, étant donné l'impossibilité de statuer sur la représentativité de l'échantillon pour l'ensemble de la population québécoise. L'atteinte des objectifs spécifiques à ce thème de l'enquête sera d'ailleurs discutée.

PREMIÈRE CONSTATATION : environ deux femmes sur cinq rapportent ne pas avoir subi de la part de leur conjoint des conduites à caractère violent, que ce soit psychologiquement ou physiquement. Il semble donc raisonnable de supposer que, dans ces couples, les conflits se résolvent de manière pacifique.

DEUXIÈME CONSTATATION : près de six répondantes sur dix déclarent subir des conduites violentes verbales/symboliques de la part de leur conjoint. Ces comportements sont perçus comme répréhensibles depuis très peu de temps. Plus invisibles, ils sont plus difficilement identifiables tant par la femme que par l'ensemble de la société. Le vocabulaire pour nommer ces conduites est incomplet et pourtant leurs effets sont considérés par plusieurs, comme plus pernicieux et dévastateurs que ceux de la violence physique. Il n'est pas rare d'entendre les femmes victimes de violence physique rapporter avoir davantage été affectées par les humiliations, insultes ou menaces proférées par leur conjoint.

TROISIÈME CONSTATATION : près de 6 % des femmes de notre échantillon disent avoir été secouées bousculées ou poussées et environ une femme sur cent déclare avoir été victime de violence plus grave,

notamment recevoir des coups de pied ou des coups de poings. Une femme sur cent déclare avoir fait l'objet de conduites de violence susceptibles de compromettre sérieusement, sinon sa vie, du moins sa santé. Enfin, il importe de noter que les taux de violence physique rapportés par les répondantes sont d'un ordre de grandeur attendu; ils sont plus bas que ceux des études américaines consultées et plus élevés que ceux obtenus par Statistique Canada (1994) pour l'ensemble du Québec ou du Canada.

QUATRIÈME CONSTATATION : toutes les femmes qui font l'objet de conduites de violence physique rapportent également avoir subi des insultes ou des menaces de violence physique de la part de leur conjoint. Une relation conjugale qualifiée de violente ne se réduit pas à un geste isolé mais s'inscrit dans un climat plus général de peur et de menaces. C'est pourquoi, l'intensité et la fréquence de ces comportements doivent être prises en compte pour juger de la nature du risque que court la femme. Ainsi, plus d'une femme sur quatre qui déclare être victime de violence verbale/symbolique l'aurait été plus de six fois durant l'année ayant précédé l'enquête. De plus, une femme sur sept qui déclare être victime de conduites à caractère physiquement violent l'est six fois et plus au cours de la même période.

CINQUIÈME CONSTATATION : il existerait des moments clés où les conduites à caractère de violence sont plus susceptibles d'apparaître. Premièrement, c'est parmi les jeunes femmes de 18 à 24 ans que l'on retrouve la plus grande proportion de victimes. Cet état de fait s'applique autant à la violence physique que verbale/symbolique. Huit femmes de cet âge sur dix sont confrontées à des situations potentielles de violence verbale/symbolique et seize femmes sur cent sont aux prises avec des conjoints qui ont recours à la violence physique. C'est environ deux fois plus que leurs aînées parvenues au mi-temps de leur vie adulte (35-44 ans). Ces observations corroborent les résultats de multiples recherches. Cette étape de la vie est marquée par plusieurs facteurs de stress reliés aux relations amoureuses et à l'insertion professionnelle. C'est aussi une cohorte qui

a vécu une conjoncture difficile parce que bouleversée par plusieurs perturbations passées et présentes : les divorces et reconstitutions familiales, les récessions économiques à répétition et le sous-emploi.

Les transitions familiales représentent un autre moment clé. La surreprésentation de la violence chez les femmes séparées de leur conjoint est inquiétante. Cela est d'autant plus préoccupant que les conduites dont elles déclarent être victimes sont les plus graves. Alors qu'elles représentent moins de 9 % de l'échantillon, de 60 % à 100 % des actes de violence grave sont rapportés par ces femmes. Les journaux rappellent régulièrement que les situations de violence qui se terminent dans le sang concernent souvent les femmes qui ont quitté leur mari. Une attention plus grande devra être portée à la sécurité de ces femmes. Toutefois il est possible que le taux plus élevé observé chez ces femmes soit en partie attribuable au fait qu'elles acceptent de parler plus ouvertement de cette situation. En ce sens, il est possible que les déclarations d'actes violents soient sous-estimées dans l'échantillon des femmes non séparées.

SIXIÈME CONSTATATION : les conditions de vie des femmes peuvent les rendre plus vulnérables à vivre des épisodes de violence, plus particulièrement lorsqu'il s'agit de violence physique. La dépendance et la précarité économique sont des contextes qui favorisent la subordination et rendent plus ardu l'affranchissement des femmes d'un conjoint physiquement agressant. Le stress économique du conjoint représente également un autre facteur. Les conjoints qui ont des comportements à caractère physiquement violent sont plus nombreux à dépendre des subsides de l'État, plus souvent dans une situation financière difficile et plus nombreux à rapporter avoir peu d'autonomie décisionnelle dans leur travail. Même si la frustration qui découle de cette incapacité à atteindre des buts socialement valorisés ne peut constituer en aucun cas une excuse ou justifier la violence à l'endroit de sa conjointe, il n'en demeure pas moins qu'elle y participe. Les modèles explicatifs doivent tenir compte de la complexité des facteurs en présence. Dans le cas de la violence psychologique, le portrait est

différent. Néanmoins, l'on constate que malgré le fait qu'ils soient souvent instruits, les conjoints violents sont dans une forte proportion dépendants de l'État. Récemment, Gelles et ses collègues (1994) rapportent qu'un des facteurs de risque chez l'homme serait l'inconsistance du statut soit un écart entre le niveau d'éducation et l'emploi occupé. Deux stratégies d'action découlent de ces observations : promouvoir l'autonomie financière des femmes et l'insertion professionnelle tant chez les femmes que chez les hommes. Un emploi stable et valorisant tant pour les hommes que pour les femmes est une nécessité absolue.

SEPTIÈME CONSTATATION : le recours à la violence physique comme mode de résolution des conflits est plus prévalent dans les milieux défavorisés. Toutefois, on ne retrouve pas une telle tendance pour les conduites à caractère verbal/symbolique violent. On peut penser que dans certains groupes sociaux, la violence physique est une conduite socialement désapprouvée. Mais cela ne veut pas dire que les plus fortunés aient davantage acquis des stratégies de résolution de problème pacifiques. La «culture» et l'aisance financière facilitent peut-être la maîtrise du verbe et l'inhibition de certaines conduites de violence physique mais ne garantissent pas l'adhésion à une conception et surtout à une pratique de relations égalitaires et respectueuses. Il est urgent d'éveiller l'ensemble de la population aux réalités multiformes de la violence et d'éviter d'établir de façon simpliste une équation entre violence et classe sociale.

HUITIÈME CONSTATATION : la consommation d'alcool chez le conjoint est un facteur de risque maintes fois rapporté dans les recherches sur la violence conjugale. Ce volet de l'enquête ne fait pas exception. Ce comportement est toutefois davantage associé à la violence verbale/symbolique. Le processus reliant l'alcoolisme ou la toxicomanie du conjoint à des conduites violentes envers sa conjointe doit être examiné avec attention. On sait que l'alcool ou les drogues peuvent diminuer les mécanismes d'inhibition des réactions violentes et ainsi contribuer à affaiblir les capacités d'autocontrôle du conjoint.

Néanmoins, cela ne doit en aucune façon excuser le comportement abusif et, de ce fait, déresponsabiliser l'individu dans la mesure où consommer de l'alcool ou des drogues relève d'abord et avant tout d'un geste volontaire. De la même façon que l'alcool au volant est un acte criminel, plusieurs estiment qu'on devrait appliquer la même logique pour les situations de violence conjugale.

NEUVIÈME CONSTATATION : la misère sociale des femmes victimes est un des résultats les plus saillants de ce volet de l'enquête. Le milieu social, quelle que soit la façon dont il est mesuré (satisfaction quant à la vie sociale, nombre d'aidants, fréquence des rencontres sociales) apparaît régulièrement associé à la présence de conduites à caractère psychologiquement ou physiquement violent. En général, on s'entend pour dire que l'isolement des femmes violentées serait davantage une conséquence qu'un antécédent aux situations d'agression. Briser l'isolement, établir des complicités, offrir du soutien concret aux femmes pour qu'elles se donnent les moyens ou encore favoriser les échanges ouverts sur les valeurs à adopter au sein des relations dans le couple et au sein de la famille sont quelques-uns des objectifs à poursuivre pour réduire l'insularité des femmes et des familles aux prises avec des tensions importantes.

DIXIÈME CONSTATATION : la santé physique et mentale des femmes victimes est affectée négativement. Ces données sont confirmées par les autres recherches. Encore une fois, on associe ces facteurs plutôt aux conséquences qu'aux antécédents de la violence même si la présente enquête ne permet pas de statuer sur la causalité des événements. La présence de comportements violents est également associée à des habitudes de vie moins favorables à la santé.

ONZIÈME CONSTATATION : les médecins généralistes demeurent une ressource professionnelle vers qui les femmes victimes d'agression physique se dirigent pour chercher de l'aide. Il est urgent que la formation des médecins les outille davantage à percevoir les indices physiques mais aussi moins tangibles qui témoignent de la souffrance

de ces femmes. Il est également impérieux qu'ils puissent non seulement établir un diagnostic pertinent de l'état de ces femmes mais qu'ils apprennent à travailler de concert et en relais avec les autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

DOUZIÈME CONSTATATION : la cooccurrence des conduites de violence ne se limite pas à des gestes coercitifs envers la conjointe. Le chapitre précédent nous révèle que parmi les enfants qui subissent des conduites à caractère psychologiquement violent, huit sur dix vivent dans une famille où la mère déclare subir le même traitement. De plus, sept femmes sur dix déclarant être exposées à des conduites à caractère physiquement violent (mineure) ont un enfant qui se trouve confronté à des conduites semblables. Les processus qui relient la violence conjugale à la violence faite aux enfants sont encore méconnus d'autant plus que les chercheurs et intervenants préoccupés par l'un ou l'autre de ces problèmes évoluent souvent dans deux univers conceptuels ou institutionnels différents. Récemment, McKeman et McKay (1994) invitaient les intervenants dans le domaine de la protection de l'enfance et celles agissant auprès des femmes violentées à développer des pratiques susceptibles de mieux percevoir la concomitance de ces deux types de violence.

3.4.2 RETOUR SUR LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

PREMIER OBJECTIF

Le premier objectif de l'étude visait l'évaluation de la faisabilité et de la validité d'évaluer l'ampleur des conduites à caractère violent comme mode de résolution de conflits conjugaux. Ce thème constituait une première pour Santé Québec. Son inclusion dans une enquête générale, tout en étant pertinente et souhaitable, demande réflexion plus particulièrement en ce qui concerne les aspects méthodologiques. En effet, en plus de ne pouvoir être inférés à l'ensemble de la population, les résultats obtenus dans cette enquête se démarquent quelque peu de ceux obtenus par d'autres enquêtes (Statistique Canada, 1993; Straus et Gelles, 1986; 1987; Smith, 1985; 1987) utilisant des méthodologies différentes. Par ailleurs, ils se comparent

favorablement à une autre étude faite au Québec (Bouchard et Dumont, 1989). Cette inconsistance suggère de revoir certains aspects de la démarche méthodologique.

L'utilisation du QRC comme instrument de base est intéressant et permet des comparaisons tant canadiennes qu'américaines. Par ailleurs, plusieurs des critiques faites à cet instrument (Rinfret-Raynor *et al.*, 1991) s'appliquent à la présente enquête. Il serait intéressant en outre de pouvoir obtenir des données plus spécifiques sur les circonstances entourant la violence et sur les conjoints violents afin de mieux comprendre le contexte dans lequel sont utilisées les conduites à caractère violent comme mode de résolution des conflits conjugaux. En ce sens, Smith (1987) a observé un taux de violence physique plus élevé en ajoutant des questions supplémentaires à la fin du *CTS*; ce procédé permettait à des répondantes qui n'avaient pas initialement déclaré avoir été victime d'actes violents de mentionner des situations d'abus. Peut-être y aurait-il lieu de procéder de la même manière ? De plus, même si le QRC nous renseigne sur un certain nombre de comportements à caractère verbalement violent, il nous donne peu d'informations sur d'autres types de violence psychologique subie par les femmes et trop peu d'information sur la violence sexuelle. La compréhension de la violence subie par les femmes exige d'approfondir l'examen de ces deux composantes de la violence.

Dans le cadre de l'analyse, il n'a pas été possible de procéder à une validation des échelles utilisées dans le QRC ni d'examiner leur consistance interne. Bien que des validations de l'instrument aient déjà été réalisées par Straus (1979) pour la version originale, puis, dans une version québécoise, par Rinfret-Raynor *et al.* (1989) ainsi que par Ouellet *et al.* (1993), et que les résultats aient montré des qualités métriques acceptables, il y aurait lieu, dans les recherches subséquentes, d'effectuer une validation *a posteriori* de l'instrument dans sa version française et d'apporter plus de précisions quant à sa cohérence interne.

Un autre problème méthodologique est lié à la procédure de collecte de données et plus spécifiquement au choix et aux caractéristiques de l'informateur clé. Afin de répondre au questionnaire sur la résolution de conflits conjugaux, la femme choisie devait être l'informateur clé du ménage, âgée de moins de 65 ans, mariée ou vivant en union de fait ou encore séparée ou divorcée. D'une part, ce mode de sélection a eu pour conséquence d'éliminer tous les ménages où les femmes n'étaient pas informateur clé et d'autre part de ne pas inclure les femmes célibataires ayant déjà vécu en union de fait et qui peuvent également être victimes de comportements à caractère violent de la part d'un ancien ami ou conjoint. Ce choix méthodologique a eu pour conséquence d'exclure de l'échantillon un nombre important de femmes pour lesquelles aucune information n'est disponible.

Par ailleurs, la procédure de collecte des données n'a pas permis d'identifier le taux de réponses ni la raison de la non-réponse des femmes. Cette lacune a eu comme conséquence de ne pas pouvoir évaluer si le groupe de répondantes se distinguaient de celles qui n'ont pas répondu parce qu'elle ne le désiraient pas ou ne le pouvaient pas. Lors d'une prochaine enquête, des précautions devraient être prises afin de bien cerner la population à l'étude et d'identifier les femmes éligibles. De plus, n'ayant pas ou peu d'éléments de preuve permettant d'appuyer la nécessité d'isoler les femmes au moment de l'administration du questionnaire lorsque les enfants de 3 ans ou plus sont présents, le recours à un critère d'isolement pourrait être revu dans ce cas et conservé seulement lorsque le conjoint est présent ou gène la répondante. Il y aurait lieu également d'ajouter une ou deux questions supplémentaires afin de clarifier la situation des femmes par rapport à leur conjoint ou ex-conjoint : femmes séparées ou divorcées sans conjoint actuel et femmes séparées ou divorcées et vivant avec un nouveau conjoint.

Enfin, il est important de se questionner sur deux autres aspects de la collecte des données. Dans un premier temps, une attention particulière doit être apportée au sexe de l'interviewer. Étant donné les

résultats d'autres études sur la violence et ceux obtenus dans la présente enquête qui montrent une tendance à la hausse en ce qui concerne les conduites physiques, il serait souhaitable d'étudier plus avant l'influence du sexe de l'interviewer pour cette partie de l'enquête. En deuxième lieu, il est également nécessaire de se pencher sur les avantages et les inconvénients de l'utilisation d'un questionnaire autoadministré. Une étude pilote comparative utilisant différents modes de collecte (téléphone, face-à-face, autoadministré) permettrait un choix plus éclairé lors d'une prochaine enquête. En somme, il est souhaitable de revoir toute la procédure de collecte des données et d'envisager de nouvelles avenues.

DEUXIÈME OBJECTIF

Le deuxième objectif visait une connaissance plus approfondie des facteurs associés à la violence. Le tableau A.3.3 présenté en annexe recense les liens observés entre les taux de conduites à caractère violent et un certain nombre de variables personnelles, économiques, sociales et de santé. Ces observations confirment ce que d'autres études américaines ou canadiennes ont rapporté sur le sujet. Il est intéressant de noter que la très grande majorité des variables à l'étude sont associées aux conduites violentes verbales/symboliques alors que seules certaines d'entre elles le sont avec les conduites physiques violentes, ce qui semble indiquer que l'instrument peut détecter des différences entre ces éléments.

Parmi les facteurs associés aux conduites violentes, le jeune âge des femmes et celui de leur conjoint apparaît comme un des plus importants; il est associé tant aux conduites verbales/symboliques que physiques. Alors qu'un niveau plus élevé de scolarité apparaît lié aux conduites verbales/symboliques, la monoparentalité et la pauvreté sont plus fortement associées à la violence physique. Certaines habitudes de vie comme la forte consommation d'alcool chez le conjoint ou un risque élevé de problèmes liés à l'alcool chez la conjointe ne sont pas indépendantes des conduites violentes, plus particulièrement des conduites verbales/symboliques. Enfin, l'isolement social, la détresse

psychologique, les idées suicidaires ainsi que la limitation des activités apparaissent comme des marqueurs importants des différentes formes de conduites violentes.

Par ailleurs, étant donné que certaines de ces variables sont fortement dépendantes les unes des autres, des analyses multivariées sont nécessaires afin d'évaluer leur importance relative face aux différentes manifestations de conduites violentes.

TROISIÈME OBJECTIF

Le troisième objectif de l'étude n'a pu être atteint puisque les résultats n'ont pas permis d'estimer la prévalence et la fréquence des conduites à caractère violent envers les femmes au Québec et de les comparer avec ceux d'enquêtes similaires. Les résultats obtenus auprès de l'échantillon n'en demeurent pas moins d'un grand intérêt.

3.4.3 PISTES DE RECHERCHE

Depuis le début des années 1980, plusieurs études confirment la présence de la violence faite aux femmes. Toutes ces études ont un point commun, elles décrivent un taux de violence élevé dans la population canadienne. La présente enquête confirme une prévalence importante de violence psychologique subie par les femmes qui ont participé. Et pourtant cette violence, bien qu'elle soit rapportée à plusieurs reprises dans la documentation scientifique, est mal connue et souvent contestée. Qu'on se rappelle, à titre d'exemple, les réactions qui ont suivi la publication des résultats du Comité canadien sur la violence faite aux femmes à l'été 1993 ou encore les réactions suscitées par l'étude faite à l'Université de Carleton (De Keseredy et Kelly, 1993). Cette violence a besoin d'être davantage comprise, documentée et nommée. En particulier, il serait intéressant d'étudier le rôle de la perception dans l'identification d'un comportement psychologiquement violent.

Par ailleurs, si dans la présente enquête le recours à la violence physique a une plus forte prévalence dans les milieux défavorisés, le

recours à la violence psychologique se retrouve en proportion relativement égale dans les différents groupes sociaux. Il est important de documenter davantage ce constat pour éviter à tort d'identifier la violence comme étant le fait des groupes sociaux plus défavorisés.

Un lien important a également été observé entre la violence subie par les enfants et celle subie par les mères de ces enfants. Devant cette réalité, il est impératif de dépasser les considérations idéologiques qui sous-tendent la violence auprès de ces deux groupes et d'encourager la poursuite de recherches sur la violence faite aux enfants et celle faite aux femmes dans le cadre de la violence familiale.

Par ailleurs, il serait intéressant que le thème de «la violence» soit exploré en lien avec le statut matrimonial. La présente analyse souligne que les femmes séparées de l'échantillon sont plus nombreuses a avoir subi des actes de violence grave, ce qui soulève des questions sur la dynamique de la séparation (Cantin *et al.*, 1994) ainsi que sur la déclaration des comportements violents chez les femmes séparées et celles qui vivent encore avec leur conjoint.

3.4.4 À PROPOS DES POLITIQUES SOCIALES

L'ajout de ce volet à l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a permis de colliger des données dont l'analyse se doit d'influencer les politiques sociales et l'intervention auprès des femmes victimes de violence de la part de leur partenaire.

En particulier, il convient de souligner l'un des objectifs de la Politique québécoise de la santé et du bien-être, qui est de diminuer de 10 % en dix ans le nombre de cas de violence faite aux femmes en milieu conjugal (Ministère de la santé et des services sociaux, 1992). Les voies d'action prioritaires identifiées pour atteindre cet objectif sont la concertation, la sensibilisation et le soutien au réseau communautaire. Les données obtenues lors de la présente enquête confirment le besoin de travailler intensément dans ce sens, en accordant une priorité aux interventions de prévention, et de donner suite aux recommandations

du Conseil du statut de la femme (1993), du Comité sur la santé mentale du Québec (1993) et de la toute récente Politique d'intervention en matière de violence conjugale (1995) qui propose comme axes d'intervention la prévention, le dépistage, l'adaptation aux réalités particulières et l'intervention dans les domaines psychosocial, judiciaire et correctionnel. Pour que ces axes d'intervention puissent se concrétiser, il apparaît indispensable d'assurer la coordination des services destinés aux femmes victimes, aux enfants et aux conjoints violents, d'améliorer la concertation des partenaires, de poursuivre la formation des intervenants(es) et d'intensifier la recherche sur la violence conjugale. Dans cette optique, la recherche à privilégier devra porter sur les indicateurs actuels de recours aux ressources, le suivi de l'indicateur de prévalence qui pourra être apporté par les enquêtes futures de Santé Québec, la poursuite de l'évaluation de l'efficacité des programmes d'aide aux victimes et agresseurs, de même que l'évaluation des programmes de prévention.

3.5 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALARIE, F.; MÉNARD, S. (1987). «L'intervention féministe», *Plaidoyer-Victimes*, vol. 3, no. 1, p. 25-31.

BOUCHARD, C.; DUMONT, M. (1989). *La violence familiale sur le territoire du CLSC Sainte-Thérèse : les enfants d'abord !*, Centre de Services Sociaux Laurentides-Lanaudière, 41 p.

BOWKER, L.H. (1983). *Beating Wife-Beating*, Lexington Books *in* Turgeon (1992), op. cit. p. 9.

BRINKERHOFF, M.B.; LUPRI, E. (1988). "Interspousal Violence", *Canadian Journal of Sociology*, vol. 13, no 4, p. 407-434.

BROWNE, A. (1987). *When Battered Women Kill*, New-York : Free Press *in* Turgeon (1992), op. cit. p. 9.

CANTIN, S.; RINFRET-RAYNOR, M.; FORTIN, L. (1994). *Utilisation des ressources par les femmes victimes de violence conjugale : les cas des femmes référées aux CLSC par les policiers.* Collection Études et analyses, No. 1. CRI-VIFF, Université de Montréal, 14 p.

CHÉNARD, L.; CADRIN, H.; LOISELLE, J. (1990). *État de santé des femmes et des enfants victimes de violence conjugale : rapport de recherche*, Département de santé communautaire de Rimouski, 75 p.

CLARKSON, M. (1994). *La violence familiale une approche systémique*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 83 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. (1993). *Pour que cesse l'inacceptable : avis sur la violence faite aux femmes*, 115 p.

DE KESEREDY, W.S. (1988). *Women Abuse in Dating Relationships.* Toronto : Canadian Scholars'press *in* Turgeon (1992), op. cit. p. 10.

DE KESEREDY, W.; KELLY, K. (1993). "The Incidence and Prevalence of Woman Abuse in Canadian University and College dating relationship", *Cahiers canadiens de sociologie.* vol. XVIII, no 2, p. 137-159.

DOBASH, R.E.; DOBASH, R.D. (1977). Wives : The "Appropriate" Victims of Marital Violence. *Victimology : An International Journal*, vol. 2, no 3-4, p. 426-442 *in* Turgeon (1992), op. cit. p. 9.

DOBASH, R.E.; DOBASH, R.D. (1979). *Violence Against Wives.* New-York : Free Press. *in* Turgeon (1992), op. cit. p. 9.

FORTIN, C.; GRAVEL, N.; ROSSI, P. (1995). *L'élaboration d'une campagne de communication publique sur la violence faite aux femmes Document de réflexion*, Comité directeur «Le Québec dit non à la violence faite aux femmes», Service à la condition féminine, ministère de la Santé et des Services sociaux, 55 p.

FRANKEL-HOWARD, D. (1989). *La violence familiale : Examen des écrits théoriques et cliniques.* Santé et Bien-être social Canada, Direction générale de la politique, des communications et de l'information, 129 p.

FREEDMAN, M.D.A. (1985). "Doing His Best to Sustain the Sanctity of Marriage" *in* Frankel-Howard (1989), op. cit. p. 72.

GELLES, R.J. (1979). *Family Violence*, Beverly Hills, Sage Publications, *in* Frankel-Howard (1989), op. cit. p.15.

GELLES, R.J. (1983). "*An Exchange/Social Control Theory*" *in* Frankel-Howard (1989), op. cit. p. 16.

GELLES, R.J.; LACKNER, R.; WOLFNER, G.D. (1994). "Men Who Batter : The Risk Markers" *Violence Update*, vol. 4, no 12, p. 1-10.

GILES-SIMS, J. (1983). *Wife Battering : A Systems Theory Approach.* New-York : Guilford, *in* Turgeon (1992), op. cit. p. 4.

GUBERMAN, N.; BROUÉ, J.; LINDSAY, J.; SPECTOR, L. (1993). *Le défi de l'égalité : la santé mentale des hommes et des femmes.* Gaétan Morin et le comité de la santé mentale du Québec.

GUÈVREMONT, C.; LAJEUNESSE, M.; RONDEAU, G. (1986). «L'intervention auprès des hommes violents : le programme C.H.O.C.» *Intervention*, vol. 75, p. 14-24, *in* Turgeon (1992), op. cit. p. 4.

HASKELL, L.; RANDALL, M. (1993). "The Women's Safety Project : A Community Based Study of Sexual Violence in Women's Lives", Women's Safety Project, Ottawa, dans Le Comité canadien sur la violence faite aux femmes (1993).

JOHNSON, H. (1988). «Les femmes victimes de violence conjugale». *Tendances sociales canadiennes*, no 11, p. 17-20.

KANTOR, G.K.; STRAUS, M.A. (1987). The "Drunken Bum" Theory of Wife Beating. *Social Problems*, vol. 34 no 3, p. 213-230 *in* Turgeon (1992), op. cit. p. 5.

KÉROUAC, S.; TAGGART, M.E.; LESCOP, J. (1986). *Portrait de la santé des femmes violentées et de leurs enfants*, Université de Montréal, Montréal, 147 p.

LAROUCHE, G. (1985). *Guide d'intervention auprès des femmes violentées*, Montréal, Corporation des travailleurs sociaux du Québec, 93 p. dans Chénard (1990), op. cit. p. 7.

LAROUCHE, G. (1987). *Agir contre la violence*. Montréal, La pleine Lune.

LE COMITÉ CANADIEN SUR LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES (1993). *Un nouvel horizon : éliminer la violence-Atteindre l'égalité*, Rapport final, 114 p.

LEWIS, B.Y. (1987). "Psychosocial Factors Related to Wife Abuse", *Journal of Family Violence*, vol. 2 no 1, p. 1-10.

LUPRI, E. (1989). «La violence masculine au foyer», *Tendances sociales canadiennes*, no 14, p. 19-21.

MACLEOD, L. (1980). *La femme battue au Canada : un cercle vicieux*, Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, Ottawa, dans Chénard (1990), op. cit. p. 8.

MCKEMAN, et MCKAY M. (1994). "The link between Domestic Violence and Child Abuse : Assessment and Treatment Considerations" *Child Welfare*, vol. 73, no 1, jan-fev, p. 29-39.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, gouvernement du Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, ministère de la Justice, ministère de la Sécurité publique, Secrétariat à la condition féminine, ministère de l'Éducation, Secrétariat à la famille (1995). *Prévenir dépister contrer la violence conjugale*. Politique d'intervention en matière de violence conjugale, 77 p.

MOISAN, M. (1993). *Pour que cesse l'inacceptable : avis sur la violence faite aux femmes*, Conseil du statut de la femme, gouvernement du Québec.

MOISAN, M. *et al.* (1994). *La violence conjugale au Québec : un sombre tableau*, Recherche du Conseil du statut de la femme, Québec, p. 9.

OUELLET, F.; LINDSAY, J.; SAINT-JACQUES, M.-C.(1993). *Évaluation d'un programme de traitement pour conjoints violents*. Centre de recherche sur les services communautaires, Québec.

RINFRET-RAYNOR, M. *et al.* (1994). *Violence conjugale : recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal*. Éditeur Gaétan Morin, p. 4.

RINFRET-RAYNOR, M. *et al.* (1992). *Intervenir auprès des femmes violentées : évaluation de l'efficacité d'un modèle féministe*, Éditeur Saint-Martin, 80 p.

RINFRET-RAYNOR, M. *et al.* (1991). *Intervenir auprès des femmes violentées : évaluation de l'efficacité d'un modèle d'intervention féministe*. Rapport de recherche no 2, Présentation et analyse des résultats, École de service social, Université de Montréal.

RINFRET-RAYNOR, M. *et al.* (1994). État de santé mentale d'un groupe de femmes violentées dans *Violence conjugale : recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal*. Éditeur Gaétan Morin, p. 131-152.

RINFRET-RAYNOR, M.; PAQUET-DEEHY, A.; LAROUCHE, G.; CANTIN, S. (1989). *Intervenir auprès des femmes violentées : évaluation de l'efficacité d'un modèle féministe*. Rapport de recherche no. 1, Méthodologie de la recherche et caractéristiques des participantes, École de service social, Université de Montréal, 201 p.

SANTÉ CANADA (1993). *Les sexes et la violence dans les médias*, gouvernement du Canada.

SANTÉ QUÉBEC; BELLEROSE, C.; LAVALLÉE, C.; CHÉNARD, L.; LEVASSEUR, M. (sous la direction de) (1995). *Et la santé ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, ministère de la santé et des services sociaux, gouvernement du Québec.

SCHULMAN, M.A. (1979). *A Survey of Spousal Violence Against Women in Kentucky*, Study no 792701 Conducted for Kentucky Commission on Women, 66 p.

SEBASTIAN, R.J. (1983). "Social Psychological Determinants" *in* Frankel-Howard (1989), op. cit. p. 15-16.

SHEE, S. (1980). *Des victimes de violence conjugale : les femmes battues au Québec*, École de criminologie, Université de Montréal, p. 14, dans Chénard (1990), op. cit. p. 6.

SMITH, M.D. (1985). *Woman Abuse : The Case for Surveys by Telephone*, Report no 12, 30 p.

SMITH, M.D. (1987). "The Incidence and Prevalence of Woman Abuse in Toronto", *Violence and Victims*, vol. 2, no 3, p. 73-188.

STARK, E.; FLITCRAFT, A. (1985). Woman Battering, Child Abuse and Social Heredity : What Is the Relationship ? *Sociological Review Monograph*, vol. 31, p. 147-171, *in* Turgeon (1992), op. cit. p. 6.

STATISTIQUE CANADA (1993). «L'enquête sur la violence envers les femmes», *Le Quotidien*, no de cat. 11-001F p. 1-10.

STATISTIQUE CANADA (1994). *Enquête sur la violence envers les femmes* : documentation sur le fichier de microdonnées à grande diffusion et guide de l'utilisateur, juin.

STEINMETZ, S.K.; STRAUS, M.A. (1974). *Violence in the Family*, New-York, Harper and Row, *in* Frankel-Howard (1989), op. cit. p. 16.

STRAUS, M.A. (1979). "Measuring Intra Family Conflict and Violence : The Conflict Tactics Scales (CTS)", *Journal of Marriage and the Family*, vol. 41, p. 75-88.

STRAUS, M.A.; GELLES R.J.; STEINMETZ S.K. (1980). *Behind Closed Doors : Violence in the American Family*, Anchor Books, New York, 301 p.

STRAUS, M.A.; HOTALING G.T. (1980). "A Sociological Perspective on The Prevention of Wife-Beating" *in* Frankel-Howard (1989), op. cit. p. 16.

STRAUS, M.A.; GELLES, R.J. (1986). "Societal Change and Change in Family Violence from 1975-1985, as Revealed by Two National Surveys", *Journal of Marriage and the Family*, vol. 48, no 3, p. 465-479.

STRAUS, M.A.; GELLES, R.J. (1992). *Physical Violence in American Families*, Transaction Publishers, New Brunswick, New Jersey, 622 p.

SUGARMAN, D.B.; HOTALING, G.T. (1989). "Dating Violence : Prevalence, Context and Risk Markers", *in* Pirog-Good, M.A. et Stets, J.E. (1989). *Violence in Dating Relationships. Emerging Social Issues*, New-York : Praeger, p. 3-32.

SZINOVACZ, M.E. (1983). "Using Couple Data as a Methodological Tool : The Case of Marital Violence", *Journal of Marriage and the Family*, vol. 45, no 3, p. 633-644.

TURGEON, J. (1992). *La prévention de la violence conjugale*. Examen de doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal, 28 p.

WALKER, L.E. (1984). *The Battered Woman Syndrome*, New-York : Springer, *in* Turgeon (1992), op. cit. p. 41.

YLLO, K. (1984). "The Status of Woman, Marital Equality and Violence Against Wives : A Contextual Analysis" in *Journal of Family Issues*, vol. 5, no 3, p. 307-320.

TABLEAU A.3.1
Résumé des principales enquêtes visant à estimer la prévalence de la violence conjugale

RÉFÉRENCES	ÉCHANTILLON (n)	INSTRUMENT MESURE	COLLECTE DES DONNÉES	TAUX VIOLENCE P = prévalence à vie a = prévalence annuelle
STATISTIQUE CANADA (1993)	Probabiliste 12 300 femmes du Canada	Quest. incluant *CTS* partiel	Téléphoniques	P physique globale = 29,2% a physique globale = 3,4%
HASKELL ET RANDALL (1993)	Non probabiliste 420 femmes de Toronto	Autre	Face à face	P physique = 27%
BOUCHARD DUMONT (1989)	Probabiliste 710 familles de Ste-Thérèse	*CTS* version française	Téléphoniques	a physique globale = 5,0% physique grave = 0,7%
SMITH (1987)	Probabiliste 604 femmes de Toronto	*CTS* + ajouts	Téléphoniques	P physique globale = 36,4% physique grave = 11,3% a physique globale = 14,4% physique grave = 5,1%
LUPRI (1989)	Probabiliste stratifié 1 834 hommes et femmes du Canada	*CTS* partiel	Autoadministré	a physique = 21%
SMITH (1985)	Probabiliste 315 femmes de Toronto	*CTS* modifié (ouvert/fermé)	Téléphoniques	P physique globale 16,1% physique grave 7,3% a physique globale = 10,8%
STRAUS ET GELLES (1986)	Probabiliste 3 520 familles des États-Unis	*CTS* modifié	Téléphoniques	a physique globale = 11,3% physique grave = 3,0%
SZINOVACZ (1983)	Non probabiliste 103 couples de Pensylvanie	*CTS* (actes commis et subis)	Autoadministré en présence de l'intervieweur	a globale déclarée par les femmes uniquement = 14%
JOHNSON (1988)	Probabiliste 61 000 résidents - villes canadiennes	Autre	Téléphoniques	p criminalisés = 0,04 %
BRINKERHOFF ET LUPRI (1988)	Probabiliste 562 couples de Calgary	*CTS* modifié (actes commis)	Autoadministré en présence de l'intervieweur	a physique globale = 10,3% physique grave = 4,8% (rapporté par le mari)
SHULMAN (1979)	Probabiliste 1 793 femmes du Kentucky	*CTS* + ajouts	Téléphoniques	P physique globale = 21% physique grave = 8,7% a physique globale = 10% physique grave = 4,1%
STRAUS, GELLES ET STEINMETZ (1975)	Probabiliste 2 143 familles des États-Unis	*CTS* original	Face à face	a physique globale = 12,1% physique grave = 3,8%

TABLEAU A.3.2

Pourcentage de réponses positives à chacun des énoncés, selon le statut conjugal des répondantes, Enquête sociale et de santé 1992-1993

ÉNONCÉ	AYANT UN CONJOINT n = (1660)	SÉPARÉE OU DIVORCÉE n = (163)
	%	%
CHERCHER CONSEIL	13,7	24,5
INTERVENTION AUTRE PERSONNE	4,4	18,4
INSULTER	23,4	44,8
BOUDER	34,8	48,5
CLAQUER LA PORTE	34,2	42,3
VENIR AUX LARMES	19,8	31,3
FAIRE FÂCHER	33,4	55,8
MENACER DE FRAPPER	3,3	17,2
LANCER UN OBJET (DANS LA PIÈCE)	10,0	20,9
LANCER UN OBJET (SUR CONJOINT)	1,4	6,7
BOUSCULER	4,5	14,1
GIFLER	1,4	6,7
COUP DE POING	0,0	7,4
FRAPPER AVEC OBJET	0,0	4,3
RACLÉE	0,0	4,3
ÉTRANGLER	0,0	6,7
MENACER AVEC COUTEAU	0,0	2,5
UTILISER COUTEAU	0,0	0,1
HUMILIER	11,8	27,0
COUPER LES VIVRES	1,3	16,0
ACTIVITÉS SEXUELLES SOUS MENACE	0,1	5,5
MENACE ENLEVER ENFANTS	1,4	20,9

À noter que les femmes séparées représentent 8,9 % de l'échantillon.

TABLEAU A.3.3
Variables mises en relation avec deux types de conduites violentes envers les femmes selon la présence ou l'absence d'une association significative[1] dans l'échantillon, Enquête sociale et de santé 1992-1993

CARACTÉRISTIQUES	VERBALE/SYMBOLIQUE	PHYSIQUE
CARACTÉRISTIQUES DE LA FEMME		
Âge	***	***
Type de famille	*	***
Scolarité	***	
Statut d'activité	*	**
Niveau de revenu		***
Perception de sa situation financière		
CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT		
Âge	***	***
Scolarité	*	
Statut d'activité	***	
Perception de sa situation financière		*
Autonomie décisionnelle au travail		**
Patrimoine accumulé	**	***
CONSOMMATION D'ALCOOL DU CONJOINT		
Indice de risque lié à la consommation d'alcool	**	
Polyusage d'alcool et de drogues	**	***
Épisodes de forte consommation d'alcool	***	**
Nombre de fois où une personne a pris 5 consommations ou plus en une seule occasion	**	
Profil de consommation d'alcool	**	
CARACTÉRISTIQUES DU SOUTIEN SOCIAL CHEZ LES FEMMES		
Indice de soutien social	**	**
Satisfaction quant à la vie sociale	***	***
Fréquence des rencontres sociales	*	
Solitude durant les temps libres	***	*
Nombre de personnes pouvant aider au besoin	*	*
ÉTAT DE SANTÉ DES FEMMES		
Perception de l'état de santé		**
Indice de détresse psychologique	***	***
Idées suicidaires (12 mois ayant précédé l'enquête)	***	***
	**	***
Limitation d'activités à long terme		
HABITUDES DE VIE DES FEMMES		
Risque lié à la consommation d'alcool	***	***
Usage de la cigarette	*	**
RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ		
Au moins une consultation au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête		**
Consultation chez un généraliste		*
Consommation de médicaments	*	
Consommation de tranquillisants		

[1] À partir du test du chi carré *p<.05, **p<01, ***p<.001.

CHAPITRE

CONDUITES À CARACTÈRE VIOLENT À L'ENDROIT DES PERSONNES ÂGÉES

4

May Clarkson, Service de la recherche, ministère de la Santé et des Services sociaux

Patricia Caris, Direction de la planification, ministère de la Santé et des Services sociaux

Brian Mishara, LAREHS, Université du Québec à Montréal

4.1 ÉTAT DES CONNAISSANCES

Le conflit - au sens que lui donne le Petit Robert, de «rencontre d'éléments, de sentiments contraires, qui s'opposent» - fait partie des relations humaines et intrafamiliales normales et saines; la résolution des conflits peut se faire en douceur, par la discussion, la négociation, et dans le respect mutuel. Par ailleurs, il peut arriver parfois que le ton monte, que les portes claquent; dans certains cas, l'un ou l'autre des protagonistes aura peut-être recours aux menaces ou à la violence, verbale ou physique.

La manière dont les conflits surgissent et sont éventuellement résolus entre proches peut être influencée par l'appartenance à un groupe d'âge ou à une génération donnée. Ainsi, il y a lieu de supposer que les personnes âgées vivent les situations conflictuelles différemment des personnes appartenant à d'autres groupes d'âge. Il est également probable que les modes de résolution des conflits varient d'une génération à l'autre. L'impact d'une discussion qui s'envenime et aboutit à des cris ou à des insultes peut être très variable, dépendant de l'éducation reçue, des habitudes et d'autres facteurs tel l'état de vulnérabilité. Ce qui, pour certains, représente une façon normale,

sinon habituelle, de s'affirmer, pourra être perçu par d'autres comme une violente agression et une source de traumatisme. La résolution de conflits en milieu familial ne fera généralement pas partie des sujets qui seront volontiers abordés par les aînés, néanmoins les recherches antérieures montrent que l'impact de ces situations peut être majeur et mérite d'être étudié davantage.

Pour la présente recherche, en raison de l'instrument utilisé, on a retenu la définition opérationnelle suivante des conduites à caractère violent : «toute action émise par un proche qui, dans une situation de conflit, risque, peu importe l'intention, de compromettre le bien-être ou l'intégrité psychologique et/ou physique de la personne». Mais il n'y a pas qu'en situation de conflit qu'une personne âgée risque d'être victime d'abus, et, en outre, l'abus envers les personnes âgées prend souvent d'autres formes que celles de la violence verbale ou physique. Il convient donc d'ajouter à cette définition, comme l'avait d'ailleurs fait le Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées (1989), la notion de négligence, c'est-à-dire l'omission d'un acte essentiel au bien-être ou à la sécurité de la personne âgée. Le comité distinguait négligence active et passive et énumérait plusieurs types d'abus : physique (incluant sexuel), psychologique ou émotif, matériel ou financier, ou violation du droit à la liberté. Il soulignait également l'importance de l'«âgisme», soit les différents stéréotypes et comportements sociaux susceptibles de diminuer l'estime de soi chez les aînés.

Dans le cas des personnes âgées, parmi les facteurs de risque souvent associés aux abus, on retrouve les degrés de dépendance et de vulnérabilité (Comité sur les abus, 1989). En cela, la situation des aînés ne diffère pas de celle des victimes qui appartiennent à d'autres groupes d'âge. Plus grande est la dépendance, plus le réseau de soutien est restreint et plus la charge devient lourde pour une personne, plus importants sont les facteurs de risque. D'autres facteurs sont inhérents à l'éducation reçue et aux valeurs sociales. Les générations actuelles d'aînés ont peu l'habitude de faire valoir leurs droits et

d'utiliser les recours existants.

Certains facteurs sont plus directement liés aux événements qui accompagnent le vieillissement. Ainsi, la prise de la retraite peut être un facteur déclencheur de conflits au sein d'un couple qui, pourtant, aura vécu jusqu'alors sans histoire. La perte des facultés cognitives de l'un des deux conjoints peut également générer des tensions importantes. Dans certains cas extrêmes, il peut s'agir d'une agressivité liée à l'incapacité d'accepter la perte d'autonomie graduelle d'une personne avec qui l'on a partagé une longue partie de sa vie. Ces situations risquent de devenir particulièrement pénibles dans le cas où les personnes âgées ont la charge d'un proche. Il peut s'agir d'un conjoint mais aussi d'une fille ou d'un fils adulte aux prises avec un handicap, un problème de santé mentale ou une déficience intellectuelle (Lau et Kosberg, 1979). Les aînés iront alors souvent jusqu'à l'épuisement pour assumer leur rôle d'aidant naturel jusqu'au bout (Jutras et Veilleux, 1989).

Les études effectuées jusqu'à présent restent peu nombreuses. Documenter les modes de résolution de conflits, lorsque les proches sont en cause, est toujours difficile. Dans le cas des aînés, leur situation de dépendance, souvent importante (même s'il s'agit de dépendance psychologique) mais aussi, la nature même des liens familiaux rendent très délicate la conduite d'études. En effet, les proches en cause sont souvent des enfants, des gendres ou des brus, ou encore des petits-enfants. Il est facile de comprendre que les aînés soient réticents à les incriminer.

Au Québec, diverses études effectuées par des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (Dussauit, 1986; Grandmaison, 1988) ou différents mémoires déposés par des groupes communautaires ont permis de décrire le problème et de bien identifier les facteurs de risque. Le rapport «Vieillir...en toute liberté» (Comité sur les abus, 1989) fait un portrait succinct des situations d'abus vécues par les aînés et propose une série de mesures. Jusqu'à

présent, jamais la prévalence des situations décrites et l'importance relative des différents facteurs de risque n'ont pu être établies pour le Québec. Au Canada, cependant, selon l'étude de l'Institut Ryerson (Podnieks *et al.*, 1989; Podnieks et Pillemer, 1990), environ 4 % des personnes de 65 ans et plus disent avoir été victimes de mauvais traitements de la part de proches.

La revue de la documentation scientifique effectuée par Hudson et Johnson (1986) a permis de recenser 31 recherches empiriques sur l'abus envers les aînés; presque toutes ces études ont montré que les femmes sont plus souvent victimes d'abus que les hommes et que l'abus est plus fréquent contre les personnes ayant 75 ans ou plus. Pillemer et Finkelhor (1988) soulignent d'autre part que les personnes âgées qui vivent avec d'autres sont plus à risque d'abus que les personnes vivant seules, et que certaines personnes âgées, qu'il est impossible d'interviewer parce qu'elles souffrent de problèmes cognitifs ou physiques importants, sont peut-être particulièrement à risque d'abus, en raison de ces handicaps.

La présence d'incapacités à long terme et d'événements stressants sont des facteurs souvent associés à l'abus des aînés. O'Malley *et al.* (1979) et Lau et Kosberg (1979) ont trouvé que 75 % des victimes d'abus avaient des handicaps mentaux ou physiques et que 75 % d'entre elles avaient vécu des événements stressants. Selon les études américaines, la personne abusive est généralement un membre de l'entourage qui donne de l'aide à la victime aînée souffrant d'incapacités. Plusieurs recherches (par exemple, Steuer et Austin, 1980) montrent un taux d'abus plus élevé chez les personnes pauvres. L'utilisation de résultats d'études américaines doit cependant être nuancée puisque la conception de la pauvreté ainsi que la situation générale des personnes âgées dans ce pays diffèrent des nôtres. Au Québec, tous les aînés ont accès à une gamme de services sociosanitaires et ont un revenu minimum garanti, ce qui n'est pas le cas aux États-Unis.

L'alcool est fréquemment présent chez la personne abusive (Wolf *et al.*, 1982). Chez les victimes, la consommation de boissons alcoolisées peut être une façon de réagir à l'abus ou devenir un comportement autodestructeur. Pour la personne abusive, la dévalorisation de soi et le sentiment d'être inutile peuvent aussi être des facteurs déclencheurs d'abus et de négligence.

Jusqu'à présent, les études sur l'abus et la violence envers les aînés ont mis l'accent sur l'identification des personnes abusives et sur le profil des victimes d'abus. Une telle approche permet d'identifier les groupes les plus à risque dans une société. On peut aussi se demander si certaines situations peuvent agir comme facteurs de protection contre l'abus chez les aînés. Les recherches sur le réseau d'appui social suggèrent que le fait d'avoir un bon soutien social peut avoir un effet tampon qui diminue l'impact des événements stressants sur la personne et pourrait être lié à une fréquence moins élevée de violence psychologique et physique (Rathbone-Mc Cuan et Hashimi, 1982).

Le Conflict Tactics Scales (CTS) n'avait été jusqu'ici que très partiellement utilisé dans le cas des aînés; l'étude Ryerson (Podnieks *et al.*, 1989; Podnieks et Pillemer, 1990) n'a utilisé que des questions touchant les aspects physiques de la violence, et l'étude de Pillemer et Finkelhor (1988) n'a également utilisé qu'une partie de l'instrument. Des comparaisons avec d'autres provinces et pays ne seront donc pas possibles. En outre, le *CTS* n'ayant pas été conçu pour les personnes âgées, quelques questions ont été ajoutées dans le QRC pour couvrir des aspects liés à la négligence ainsi qu'aux fraudes et aux vols. En effet, les études disponibles placent ces conduites en tête de la liste des abus dont seraient victimes les aînés.

Une enquête préliminaire réalisée au Québec et utilisant une version française de l'ensemble de l'échelle *CTS* en entrevue face-à-face auprès de 51 personnes aînées (Allard, 1992) rapporte que 82 % des sujets auraient vécu de la violence psychologique, 10 % de la violence physique mineure et 2 % (une personne) de la violence physique grave,

telles que définies par les créateurs de l'échelle (Straus et Gelles, 1979). On peut toutefois s'interroger sur la pertinence d'adopter les mêmes définitions ou les mêmes limites qu'eux, lorsqu'on adapte le *CTS* aux personnes âgées. En effet, des recherches antérieures sur la violence envers les aînés suggèrent qu'à cause d'une diminution de l'état de santé souvent associée au vieillissement et à cause aussi des différences entre générations dans ce qui peut être perçu comme violent (Block, 1983; Kinderknecht, 1986), il serait difficile de différencier entre violence mineure et grave. Pour une personne âgée, les comportements violents «mineurs» tels que : «un de vos proches vous a lancé quelque chose» ou «vous avez été poussé, empoigné ou bousculé», peuvent être fréquemment perçus comme étant de la violence grave.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 constitue donc une occasion privilégiée d'augmenter nos connaissances concernant les situations conflictuelles entre les aînés et leurs proches. Toutefois, seule une recherche de type longitudinal pourrait permettre de vérifier si les aînés adoptent des comportements différents en vieillissant ou si, tout simplement, ils ne font que maintenir les comportements de résolution de conflits propres à leur génération.

4.2 ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

4.2.1 AJOUTS AU *CTS*

Comme dans le cas des femmes et des enfants, le questionnaire sur la résolution de conflits avec les personnes âgées utilise comme instrument de base le *Conflict Tactics Scales* (Straus, 1979; Straus et Gelles, 1986). Il existe toutefois des différences, sur le plan de la formulation, entre les trois instruments. Le questionnaire utilisé auprès des femmes s'intéressait aux comportements du conjoint ou de l'ex-conjoint; en ce qui concerne les enfants, on s'adressait à la mère, et les questions visaient soit ses propres comportements, soit ceux d'un autre adulte du ménage envers l'enfant. Dans le questionnaire sur la résolution de conflits avec les personnes âgées, par contre, les questions visent à déterminer si la personne répondante a

subi des comportements à caractère violent de la part «d'un ou une de ses proches»; il ne s'agit donc pas nécessairement de quelqu'un qui vit dans le même ménage, et, tout dépendant du sens que l'on donne au mot «proche», il ne s'agit pas non plus nécessairement de quelqu'un avec qui la personne âgée a un lien de parenté.

D'autre part, comme on l'a vu plus haut, les formes d'abus dont les personnes âgées sont le plus souvent victimes semblent être la fraude ou la négligence (Comité sur l'abus, 1989). On a donc ajouté, aux 19 items du *CTS*, les trois questions à caractère exploratoire suivantes :

> Question 20 : Combien de fois, depuis un an, un/une de vos proches a menacé de vous laisser seul(e) ou de ne plus vous aider si les choses n'allaient pas à son goût ?
>
> Question 21 : Combien de fois, depuis un an, un/une de vos proches a tenté ou vous a effectivement triché(e), volé(e) ou a essayé d'obtenir de l'argent en vous y forçant ?
>
> Question 22 : Combien de fois, depuis un an, un/une de vos proches a refusé de vous donner des soins ou vous a négligé(e) dans le but de vous punir ?

Enfin, on a vu que tant pour les femmes que pour les enfants, on évaluait les comportements à caractère violent en fonction de la gravité perçue de ces comportements, certains actes (comme pousser ou bousculer, ou donner une gifle) étant considérés comme des conduites violentes «mineures», c'est-à-dire, «moins dangereuses pour la santé physique ou psychologique». En ce qui concerne les personnes âgées, de telles distinctions s'avèrent d'autant moins appropriées que l'on peut difficilement préjuger, par exemple, de l'impact d'une poussée qui fait perdre l'équilibre à une personne aux os fragilisés par l'ostéoporose, ou de l'effet d'une menace (de violence physique, d'être abandonnée

à soi-même, d'être institutionnalisée...) chez une personne qui risque, selon certaines études, de se percevoir comme particulièrement vulnérable, parce que vieillissante ou isolée (Lamarche et Brillon, 1983).

4.2.2 MODE DE COLLECTE DE L'INFORMATION

Le questionnaire sur la résolution de conflits avec les personnes âgées s'adressait à tous les informateurs clés de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, hommes ou femmes, âgés de 65 ans et plus au moment de l'enquête. On entend ici par informateurs clés les répondants au questionnaire du ménage (QRI), rempli en entrevue face-à-face par l'interviewer et portant sur l'ensemble des membres du ménage.

Quant à la procédure d'administration du questionnaire, elle était fort semblable à celle utilisée pour les autres instruments portant sur la résolution de conflits, c'est-à-dire qu'il s'agissait d'un questionnaire autoadministré, et l'interviewer offrait son aide au besoin pour compléter le questionnaire; en outre, toujours pour des raisons de sécurité, le questionnaire n'était remis à la personne âgée que s'il n'y avait personne d'autre dans la pièce.

4.2.3 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a rejoint, au total, 3 400 personnes de 65 ans et plus, parmi lesquelles 2 001 personnes ont agi comme informateurs clés, devenant ainsi admissibles à compléter le questionnaire sur la résolution de conflits. Parmi ces personnes rejointes par l'enquête, 1 058 ont complété le questionnaire sur la résolution de conflits. Au moment de la conception du plan d'analyse, on posait comme hypothèse, d'une part, que puisqu'on s'adressait aux informateurs clés, il s'agirait dans le cas des personnes âgées de personnes relativement autonomes, et que les personnes les plus vulnérables (très âgées, malades ou présentant des problèmes cognitifs) ne seraient pas rejointes par ce volet de l'enquête. D'autre part, on estimait que les personnes de sexe féminin seraient surreprésentées parmi les informateurs clés. Afin de vérifier ces

hypothèses, on a comparé certaines caractéristiques des personnes âgées ayant participé à l'enquête, selon qu'elles avaient ou non répondu au questionnaire sur la résolution de conflits.

4.2.4 CARACTÉRISTIQUES DE LA NON-RÉPONSE

À titre indicatif et afin de voir jusqu'à quel point les répondants au questionnaire sur la résolution de conflits pouvaient être représentatifs ou différer de l'ensemble des personnes âgées rejointes par l'enquête, on a comparé les répondants aux non-répondants (admissibles ou non) pour les variables suivantes : le sexe, l'âge, le fait de vivre seul ou avec d'autres, l'indice de détresse psychologique et la perception de l'état de santé.

Sur le plan de l'âge et du sexe, on n'observe aucune différence significative entre les répondants et les non-répondants au QRC. Par ailleurs, on trouve beaucoup plus de personnes vivant seules parmi les répondants au questionnaire sur la résolution de conflits (58 %) que parmi les non-répondants (39 %). Ce fait risque d'introduire un biais dans la mesure où les occasions de conflits avec les proches risquent d'être plus fréquentes quand on vit avec quelqu'un d'autre que lorsqu'on vit seul.

Comparativement aux non-répondants, les répondants sont proportionnellement moins nombreux à présenter un niveau de détresse psychologique élevé, et plus nombreux à considérer leur état de santé comme excellent ou très bon. Cela semble confirmer l'hypothèse énoncée plus haut, selon laquelle les personnes âgées agissant comme informateurs clés seraient, dans l'ensemble, en meilleur état de santé que les non-répondants au questionnaire.

Rappelons d'autre part qu'en raison du thème traité par le questionnaire et afin de minimiser les dangers pour la personne interviewée, on a demandé à l'interviewer de ne remettre le questionnaire sur la résolution de conflits que si la personne est seule dans la pièce avec l'interviewer, ou si elle peut s'isoler ce qui, dans 15 % des cas, s'est

avéré impossible. Cette pratique peut avoir créé un certain biais. Elle peut en effet avoir contribué à la surreprésentation des personnes vivant seules parmi les répondants au questionnaire. En outre, on peut poser comme hypothèse que la personne âgée qui serait victime de comportements à caractère violent ou sujette à un certain contrôle de la part de ses proches, aurait moins de chance de se retrouver seule avec l'interviewer dans une situation d'entrevue.

4.2.5 PORTÉE ET LIMITES DES DONNÉES

On en arrive donc à conclure que les personnes âgées rejointes par le questionnaire sur la résolution de conflits ne sont pas représentatives de l'ensemble des personnes âgées vivant dans des ménages privés; dans l'échantillon, les personnes vivant seules, plutôt autonomes et relativement en bonne santé sont surreprésentées, ce qui rend impossible, à partir des données de l'enquête, de mesurer et de généraliser des taux de prévalence de comportements à caractère violent. En d'autres termes, l'analyse des résultats ne porte que sur la situation qui prévaut chez les personnes âgées rejointes par l'instrument. Par ailleurs, en raison des caractéristiques de l'échantillon, il apparaît fort probable que la proportion des personnes interrogées disant avoir subi des comportements à caractère violent soit plus faible que celle que l'on obtiendrait dans un échantillon représentatif de l'ensemble des personnes âgées vivant dans des ménages privés.

Comme dans le cas de la violence exercée envers les enfants ou de la violence conjugale, on a construit des indices visant à regrouper les modes de règlement de conflits qui utilisent la manipulation psychologique ou l'agression verbale (questions 4, 5, 6, 8, 9, 10); la violence physique (questions 11 à 19 inclusivement); et les autres formes les plus courantes d'abus, telles que déjà décrites (question 20, 21, 22). Un quatrième indice, visant à mesurer la présence de l'un ou l'autre de ces types de comportements, regroupe les réponses à toutes ces questions. Pour chacun de ces indices, on n'a conservé que deux catégories, soit : absence totale ou présence au moins une fois, au

cours des douze mois ayant précédé l'enquête, de l'un ou l'autre des comportements décrits par les questions retenues.

On a également considéré le pourcentage de réponses positives à chacune des questions (tableau A.4.1); toutefois, en raison des faibles pourcentages obtenus, on n'a pu tenir compte dans l'analyse de la fréquence estimée de chacun de ces comportements au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Les personnes ayant subi des comportements à caractère violent ont été comparées à celles qui n'en ont pas subi et des tests chi carré ont été effectués. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5 % à cause des petits nombres concernés.

Pour pallier à ces limites, lorsque les réponses au questionnaire sur la résolution de conflit semblaient indiquer que la personne âgée vivait une situation d'abus ou de violence, des études de cas de type qualitatif ont été effectuées; pour ce faire, on a considéré également les réponses au questionnaire administré par l'interviewer (QRI) et au questionnaire autoadministré (QAA), pour situer la personne dans un contexte plus global où l'on tiendrait compte de diverses variables concernant son état de santé, ses habitudes de vie, son réseau de soutien, son statut socioéconomique, son rôle d'aidant naturel, et ainsi de suite.

4.3 RÉSULTATS

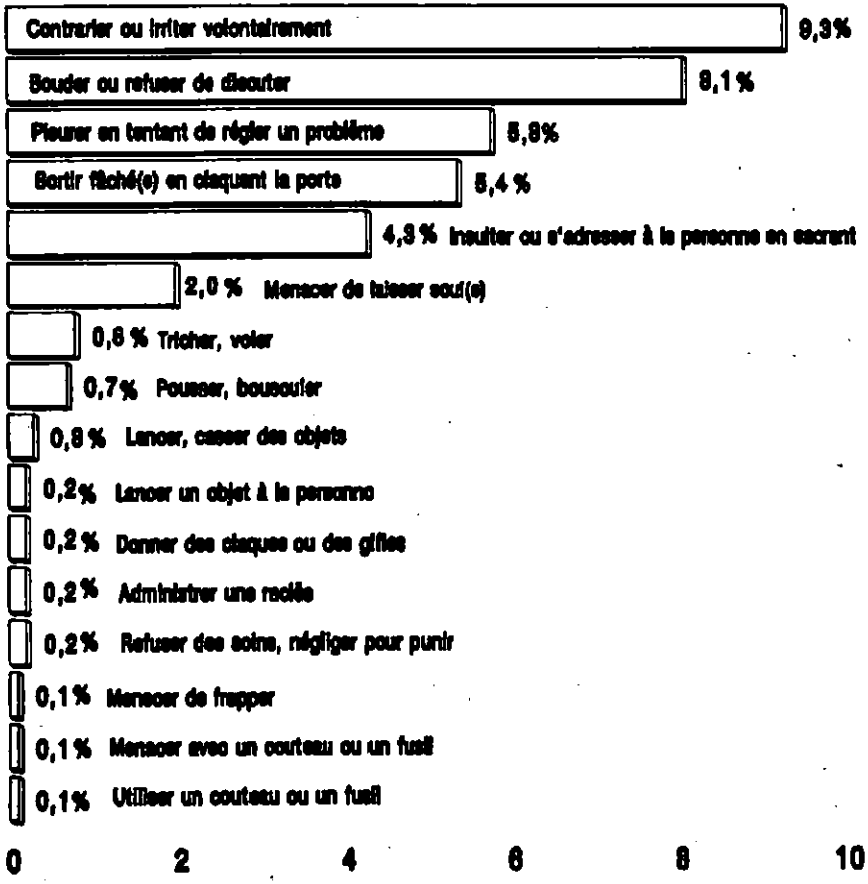
4.3.1 RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE SUR LA RÉSOLUTION DE CONFLITS

Parmi les personnes âgées ayant répondu au questionnaire sur la résolution de conflits, 15,7 % disent avoir subi au moins un comportement à caractère violent, de la part d'un proche, au moins une fois au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. De fait, 15,7 % ont subi une forme ou l'autre de violence verbale/symbolique, 1,2 % disent avoir été physiquement violentés(es) et 2,3 % auraient été victimes de menaces d'abandon, de négligence, de fraude ou de vol; certaines personnes peuvent avoir subi plus d'un type de comportement (données non présentées). Le graphique 4.1 permet

d'observer, de façon plus spécifique, la proportion de personnes âgées qui disent avoir subi au moins une fois divers types de comportements en situation de conflit.

GRAPHIQUE 4.1

Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des personnes de 65 ans et plus, répondantes au QRC, Enquête sociale et de santé 1992-1993



Tant pour la violence verbale/symbolique que pour l'ensemble des comportements à caractère violent, on a comparé les personnes qui disent avoir subi de tels comportements de la part d'un proche au cours des douze mois ayant précédé l'enquête à celles qui n'en ont pas subi, et ce, pour diverses variables. Les résultats des deux séries de comparaisons s'avérant assez proches, on ne donnera ici que les résultats obtenus pour l'ensemble des comportements à caractère violent.

- Les personnes qui disent avoir subi des comportements à caractère violent sont proportionnellement plus nombreuses chez les 65-74 ans (20 %) que chez les 75 ans ou plus (8 %) (données non présentées). Ce résultat peut surprendre, dans la mesure où il semble aller à l'encontre de ce que l'on trouve habituellement dans la documentation scientifique. On croit toutefois qu'elle peut s'expliquer par la présence de variables confondantes. En effet, les personnes de l'échantillon qui vivent seules sont proportionnellement moins nombreuses à avoir subi des comportements à caractère violent (13 %) que les personnes vivant avec d'autres (18 %), peut-être parce que les occasions de conflits avec les proches sont plus nombreuses lorsqu'on vit avec eux; or, les personnes vivant seules sont plus souvent âgées de 75 ans ou plus (le conjoint est décédé, les enfants ont quitté la maison...).

- Légèrement plus de femmes (17 %) que d'hommes (13 %) disent avoir subi des comportements à caractère violent, mais cette différence n'est pas significative dans l'échantillon.

- Un peu plus du quart (27 %) des personnes victimes de comportements à caractère violent se situent à un niveau élevé de détresse psychologique, comparativement à 13 % seulement pour les autres.

- Les personnes qui ont subi des comportements à caractère violent semblent socialement un peu plus isolées que les autres. Parmi ces

personnes 14 % se disent insatisfaites de leur vie sociale comparativement à 7 % chez les personnes n'en ayant pas subi et 14 % disent ne pas avoir d'amis comparativement à 8 % pour les autres.

Quelques autres variables ont été examinées (présence d'incapacités, idées suicidaires, risque de problèmes liés à l'alcool); toutefois, la fréquence de ces événements s'avérait trop faible pour que l'on puisse observer des différences significatives entre les personnes victimes de conduites à caractère violent et les autres.

4.3.2 Portraits de cas

Parmi les 1 058 personnes de 65 ans ou plus qui ont répondu au questionnaire sur la résolution des conflits, vingt-quatre obtenaient des indices pouvant être jugés alarmants d'après le nombre et la fréquence des réponses positives aux différentes questions. Pour ces vingt-quatre cas, nous avons tenté de mettre à profit l'ensemble des réponses, tant au questionnaire sur la résolution de conflits qu'au questionnaire autoadministré (QAA) et au questionnaire du ménage (QRI), pour tracer des portraits de cas. Cette approche visait à documenter et à mettre en contexte les situations pouvant être considérées comme révélatrices de conduites à caractère violent, d'abus ou de négligence.

Une fois les vingt-quatre cas examinés un à un, il s'avérait que seulement six d'entre eux semblaient être le fait de conduites répétitives à caractère violent. Plusieurs traduisaient davantage des situations de menace, de négligence ou, encore plus souvent, de solitude et d'isolement qui sont fréquemment le lot des personnes qui vivent seules, particulièrement lorsqu'elles sont âgées et sans occupation.

Premier cas

Un des cas apparemment les plus graves, selon les réponses données au questionnaire sur la résolution de conflits, est celui d'une femme de plus de 70 ans. Ses réponses semblent traduire une situation de

violence psychologique élevée. La personne rapporte avoir été placée, de onze à vingt fois au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, devant les événements suivants :

- un de vos proches vous a insulté(e) ou s'est adressé à vous en sacrant;
- un de vos proches vous a boudé(e) ou a refusé de discuter un problème avec vous;
- un de vos proches, impliqué dans un problème avec vous, est sorti fâché de la pièce ou de la maison en claquant la porte;
- un de vos proches a dit ou fait quelque chose pour vous contrarier (provoquer ou fait quelque chose pour vous faire fâcher, pour vous irriter) volontairement.

En outre, la personne rapporte que l'un de ses proches a lancé, cassé, frappé un objet en sa présence de six à dix fois au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

Cette personne a aussi été menacée d'être laissée seule et de ne plus recevoir d'aide de onze à vingt fois. De plus, elle mentionne que l'un de ses proches a tenté ou a effectivement triché, volé ou essayé d'obtenir de l'argent de sa part en l'y forçant et cela, de six à dix fois.

Les réponses aux autres instruments de l'enquête ont permis d'apprendre que cette dame, retraitée, recevant la pension de sécurité de la vieillesse, se perçoit en bonne santé bien qu'elle consomme plusieurs médicaments (analgésiques, tranquillisants, médicaments pour le coeur, vitamines). Elle se dit «pas très heureuse, parfois désespérée, très souvent négative envers les autres et assez souvent irritée». Selon elle, ces différentes manifestations auraient un impact sur sa vie sociale... mais la dame n'a pas consulté pour autant, elle ne l'a pas fait non plus à la suite de ses pensées suicidaires bien que celles-ci aient été suffisamment précises, au cours de l'année ayant précédé l'enquête, pour qu'elle ait pensé au moyen de mettre fin à ses jours : les médicaments.

Bien que cette dame dise avoir des amis avec lesquels elle a des rapports satisfaisants et cinq enfants, avec lesquels elle entretient de bonnes relations, elle juge sa vie sociale insatisfaisante dans l'ensemble et se retrouve généralement seule.

Les réponses au questionnaire autoadministré, dans la section sur les aidants naturels, nous apprennent que la dame, veuve, apporte de l'aide à son fils d'une quarantaine d'années, qui habite avec elle et qui présente un handicap physique et des troubles psychiatriques. Ce fils est régulièrement agressif et elle se sent parfois dépassée et souvent débordée. Si elle considère que le fait de l'aider donne un sens à sa vie et lui permet de se sentir utile, il lui semble par contre difficile de conserver un équilibre entre les soins à donner à son fils et ses autres responsabilités. Elle a l'impression qu'il lui reste peu de contrôle sur sa vie.

DEUXIÈME CAS

Il s'agit cette fois d'une veuve octogénaire, propriétaire de son logement et disposant de revenus suffisants pour répondre à ses besoins.

Depuis un an, dit-elle, il est arrivé plus de vingt fois que l'un de ses proches boude ou refuse de discuter d'un problème avec elle. Il est arrivé également plus de vingt fois qu'un proche la contrarie volontairement. La dame rapporte avoir été menacée avec un couteau ou un fusil par un proche de six à dix fois, au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Il serait arrivé aussi de six à dix fois qu'un proche utilise un fusil ou un couteau contre elle.

Le questionnaire du ménage nous apprend que cette dame prend des tranquillisants. Les réponses de la dame au questionnaire autoadministré indiquent qu'elle considère son état de santé comme «moyen» et qu'elle ne se trouve pas très heureuse. Elle déclare avoir très souvent des blancs de mémoire, avoir ressenti très souvent des peurs ou des craintes et s'être sentie assez souvent agitée ou nerveuse

et assez souvent contrariée ou irritée.

Elle dit avoir rencontré parents ou amis au moins une fois par semaine, au cours des douze derniers mois. Par ailleurs, elle aurait passé ses temps libres presqu'entièrement seule au cours des deux derniers mois; néanmoins, elle trouve sa vie sociale assez satisfaisante. Elle a des amis et est très satisfaite de ses rapports avec eux. Elle a deux enfants avec lesquels elle considère ses relations plutôt satisfaisantes. Elle vit seule et s'en trouve satisfaite. Elle n'a pas de confident, mais il y a au moins une personne dans son entourage sur laquelle elle peut compter en cas de difficulté. Par contre, elle estime que personne dans son entourage ne lui témoigne d'affection.

TROISIÈME CAS

Cet octogénaire célibataire rapporte que dans l'année ayant précédé l'enquête, il est arrivé une fois que l'un de ses proches l'insulte ou s'adresse à lui en sacrant. En outre, un de ses proches l'a volé ou a tenté de l'obliger à lui donner de l'argent.

Cet homme a eu dernièrement un accident à la maison, accident qui a impliqué des blessures et des limitations et pour lequel il a consulté. De plus, une incapacité l'oblige à rester assis ou couché pour la plus grande partie de la journée. Il est incapable d'assumer seul les activités de la vie quotidienne, et a besoin d'aide pour y parvenir.

Ce monsieur consomme différents médicaments dont des analgésiques et des médicaments pour le coeur. Il considère son état de santé comme moyen mais se dit plutôt heureux. Il rencontre des amis ou des parents au moins une fois par semaine et au cours des deux derniers mois, il aurait passé presque tout son temps libre avec d'autres. Il trouve sa vie sociale plutôt satisfaisante et est très satisfait de ses relations avec ses amis. Il vit seul et en est heureux. Au moins quatre personnes peuvent, selon lui, lui servir de confidents et autant peuvent l'aider en cas de difficulté.

QUATRIÈME CAS

Les réponses de cette sexagénaire au questionnaire sur la résolution de conflits permettent d'apprendre qu'elle a été insultée ou que l'un de ses proches s'est adressé à elle en sacrant de six à dix fois au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Au cours de la même période, un de ses proches l'a boudée ou a refusé de discuter avec elle d'un problème, de six à dix fois. De trois à cinq fois, un de ses proches est sorti de la pièce ou de la maison en claquant la porte. De six à dix fois, un de ses proches l'a contrariée volontairement. De six à dix fois, un de ses proches a menacé de la laisser seule ou de ne plus s'en occuper si les choses n'allaient pas à son goût. De onze à vingt fois, un de ses proches a tenté de la voler ou d'obtenir de l'argent en la forçant.

Les réponses au questionnaire du ménage permettent d'apprendre que cette dame a pris, au cours des deux jours ayant précédé l'enquête, des analgésiques, des tranquillisants, des médicaments pour l'estomac et des médicaments pour le rhume. Elle est affligée d'incapacités qui restreignent la plupart de ses activités et font en sorte qu'il lui faut de l'aide pour s'occuper de ses affaires, faire l'entretien ménager quotidien et faire ses courses. Cette aide lui est fournie par un(e) proche qui demeure avec elle. Elle a consulté un médecin au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête.

Selon les réponses au questionnaire autoadministré, la dame qualifie son état de santé de moyen, ne se trouve pas très heureuse et ne dort que quatre heures par jour. Elle est très souvent découragée, elle est assez souvent tendue ou sous pression et a très souvent des difficultés à se souvenir des choses. Elle pleure facilement et est fréquemment agitée ou nerveuse. Elle dit avoir tenté de se suicider au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, à la suite de quoi elle aurait consulté un médecin généraliste.

Elle participe à des rencontres avec des amis ou des parents au moins une fois par mois. Elle a passé, au cours des deux mois ayant précédé l'enquête, la moitié de son temps seule. Elle a des amis avec lesquels

elle a des rapports qu'elle qualifie de très satisfaisants. Elle a quatre enfants avec lesquels elle a des relations plutôt insatisfaisantes. Elle vit avec son conjoint avec lequel elle est heureuse, dans l'ensemble. Elle estime ne pas avoir de confident mais par contre, selon elle, deux personnes de son entourage peuvent l'aider en cas de difficulté. Elle ne compte pas parmi ses proches de personne lui manifestant de l'affection. Elle apporte de l'aide régulièrement à son conjoint, malade et plus âgé qu'elle.

CINQUIÈME CAS

Cette célibataire d'un peu plus de 65 ans déclare qu'au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, il est arrivé qu'un de ses proches l'insulte ou s'adresse à elle en sacrant, la boude ou refuse de discuter d'un problème avec elle. Il est arrivé deux fois que l'un de ses proches, impliqué dans un conflit avec elle, sorte fâché de la pièce ou de la maison en claquant la porte. Il est arrivé une fois que l'un de ses proches dise ou fasse quelque chose pour la contrarier volontairement. Il est arrivé également une fois que l'un de ses proches lui administre une raclée, c'est-à-dire, la frappe de plusieurs coups répétés.

Cette dame ne déclare souffrir d'aucune limitation d'activité, ne prend pas de médicaments, s'estime en très bonne santé et se considère comme plutôt heureuse. Elle rencontre des amis environ une fois par mois et se dit très satisfaite de sa relation avec ses amis. Trois personnes peuvent, selon elle, agir comme ses confidents, quatre peuvent lui apporter de l'aide et deux sont source d'affection.

La section sur les aidants naturels du questionnaire autoadministré nous apprend qu'elle aide sa soeur cadette, qui vit avec elle, et qui à l'occasion a des comportements agressifs envers elle tels critiques continuelles, blâmes, insultes, coups.

SIXIÈME CAS

Cette veuve de plus de 70 ans dit avoir été menacée d'être laissée seule par l'un de ses proches, de trois à cinq fois au cours de l'année

ayant précédé l'enquête. Il est arrivé de six à dix fois que l'un de ses proches tente de la voler ou d'obtenir de l'argent en la forçant.

Au cours des deux jours ayant précédé l'enquête, cette dame a consommé des analgésiques et des tranquillisants. Elle considère sa santé comme bonne mais se perçoit comme «pas très heureuse». Au cours de la dernière semaine, elle s'est sentie assez souvent contrariée ou irritée. De temps en temps elle s'est sentie désespérée, seule, négative envers les autres et a eu envie de pleurer. Selon elle, ces manifestations ont nui à sa vie familiale et sentimentale au cours des six mois ayant précédé l'enquête.

Au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, cette dame dit n'avoir jamais participé à des rencontres avec des parents; elle dit toutefois avoir passé plus de la moitié de son temps avec d'autres personnes, et trouve sa vie sociale très satisfaisante. Elle a des enfants mais trouve peu satisfaisantes ses relations avec eux. Elle n'a selon elle ni confident ni proche pouvant l'aider, et à son avis, personne ne lui manifeste d'affection. Elle apporte de l'aide à sa fille qui habite avec elle.

4.3.3 COMMENTAIRES SUR LES PORTRAITS DE CAS

L'utilisation des données provenant des différents questionnaires de l'enquête a permis de mieux mettre en contexte les situations d'aînés qui, lors de conflits avec leurs proches, semblent vivre des situations de conduites à caractère violent, d'abus ou de négligence. Dans les cas examinés, les aînés qui subissent les situations les plus graves en ce qui concerne les agressions verbales et psychologiques vivent tous avec un proche, fils adulte, conjoint ou soeur, parfois à leur charge. Bien que les réponses aux questionnaires ne permettent pas d'affirmer que ces proches soient les seuls responsables des comportements à caractère violent déclarés par les aînés, ces cas semblent néanmoins bien illustrer les faits rapportés par certaines études sur les aidants naturels (Jutras et Veilleux, 1989). Celles-ci mettaient en lumière les situations d'épuisement et d'abus

pouvant surgir lorsque des personnes relativement âgées et vulnérables prennent soin d'un parent très âgé, d'un conjoint ou d'un enfant adulte malade. Dans certains cas, la section sur les aidants naturels du questionnaire autoadministré a permis d'apprendre que la personne à charge avait des comportements agressifs : critiques continuelles, blâmes, insultes, coups.

Les quelques cas examinés reflètent bien le fait que, compte tenu des caractéristiques de l'échantillon, les personnes rejointes étaient assez autonomes pour répondre elles-mêmes aux questionnaires. En conséquence, la vulnérabilité liée à la perte d'autonomie parfois associée à l'âge est peu mise en relief. Par contre, l'isolement et la solitude sont présents. Ces facteurs rendent les aînés particulièrement vulnérables aux menaces et à la violence psychologique puisque, effectivement, ils craignent d'être laissés seuls et deviennent alors plus susceptibles à d'autres types d'abus, financiers en particulier. L'absence d'un réseau social adéquat augmente également le risque de violence, dans la mesure où la capacité d'obtenir de l'aide d'un proche qui n'est pas impliqué dans la situation diminue d'autant dans ce cas.

Il est possible que les situations de négligence ou de violence vécues par les personnes âgées présentent plusieurs similitudes avec celles qui sont le lot des enfants ou des conjoints. Les réponses aux questionnaires de cette enquête ne permettent pas cependant de documenter cet aspect. Les cas examinés, quant à eux, illustrent plutôt des problèmes de la vie courante que vivent plus particulièrement les aînés. Peu de cas de violence grave ont été déclarés dans ce volet de l'enquête, on retrouve surtout des modes de règlement de conflit qui utilisent la manipulation psychologique ou l'agression verbale. Les résultats obtenus ne nous permettent pas non plus de savoir si les causes de ces problèmes sont liées davantage à l'âge ou aux valeurs d'une génération. Ainsi, on peut se demander si les problèmes des aînés de demain seront de même nature ou s'ils ressembleront à ce que vivent les générations d'adultes plus jeunes d'aujourd'hui.

4.4 CONCLUSIONS

4.4.1 BILAN DES RÉSULTATS

Selon les données obtenues, il y a relativement peu de violence dans la résolution de conflits chez les personnes âgées. Cependant, la méthode de collecte des données rendait l'échantillon peu représentatif de l'ensemble des aînés au Québec. Le fait de s'adresser seulement à des informateurs clés autonomes, en mesure de rencontrer l'interviewer face-à-face, rendait assez improbable la possibilité de rejoindre les personnes les plus à risque, soit celles rendues vulnérables par un état de santé affaibli et une dépendance accrue. En ce qui concerne les personnes de 75 ans ou plus rejointes par ce volet de l'enquête, le fait qu'elles vivent souvent seules pourrait expliquer qu'elles soient comparativement moins souvent victimes de conduites à caractère violent que leurs cadettes de 65 à 74 ans, contrairement à ce que rapportent habituellement les recherches.

Pour être en mesure de bien documenter, de comprendre, voire de quantifier les situations de violence et de négligence dont sont victimes les aînés, il faut disposer de données sur la perception qu'a la personne âgée elle-même de l'événement, sur le contexte dans lequel celui-ci s'inscrit ainsi que sur l'impact de cet événement sur elle. Une situation classifiée comme mineure dans le *CTS* tel que conçu et utilisé par Straus et Gelles (1979) peut revêtir une toute autre importance pour une personne âgée, qui peut en avoir été extrêmement affectée : par exemple, une personne âgée qui rapporte avoir été volontairement contrariée par un proche plus de vingt fois peut en être traumatisée alors que pour d'autres, cette situation peut être considérée comme un mode de «discussion» normal et acceptable.

La connaissance du contexte permet de mieux comprendre l'importance qu'accorde la personne à un événement. Ainsi, dans le premier cas décrit plus haut, alors que la dame rapporte être régulièrement agressée verbalement par un proche, les réponses à la section sur les aidants naturels du questionnaire autoadministré portent à croire qu'il peut s'agir de son fils, aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Même si tel était le cas, on ne pourrait toutefois savoir si cette dame perçoit ces comportements comme étant une agression grave ou plutôt si elle les considère comme étant agressifs, certes, mais s'expliquant par l'état de santé de son fils. Le contexte ne modifie pas le caractère de l'acte posé, cependant il peut influencer la manière dont l'événement est compris par la victime et avoir beaucoup d'importance lors du choix de moyens de prévention et d'intervention.

En outre, les conséquences des événements subis ne sont pas prises en compte dans l'instrument, bien qu'elles puissent varier énormément en fonction de différents facteurs, parmi lesquels l'état de vulnérabilité de la personne, ses mécanismes d'adaptation et son réseau de soutien social.

4.4.2 Validité de l'approche

Le choix du *Conflict Tactics Scales* était fondé sur le désir de pouvoir comparer les données entre les différents groupes d'âge ou dans différents contextes. La comparaison avec d'autres études portant sur le même groupe d'âge s'est avérée malheureusement impossible dans le cas des aînés, puisque cet instrument n'a jamais été utilisé intégralement dans une étude à grande échelle auprès de cette clientèle. De plus, comme le soulignait Allard (1992) plusieurs questions devraient être adaptées à la réalité des aînés et faire l'objet de validations plus poussées.

4.4.3 Pistes de recherche et de réflexion pour la planification

Pour tenter de pallier à certaines des lacunes du *CTS*, trois questions ont été ajoutées au questionnaire sur la résolution de conflit avec les personnes âgées de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993; elles visaient à mesurer les menaces d'isolement, la fraude et la négligence. Malgré tout, ce questionnaire reste peu adapté à la clientèle visée. Pour être mieux adapté, un instrument de recherche sur les situations d'abus ou de violence vécus par les aînés devrait leur être spécifique. Il pourrait être complété par des renseignements rapportés par des intervenants, de façon à mieux décrire des situations

correspondant à ce que vivent les aînés.

À titre d'exemple, depuis quelques années, plusieurs recherches menées en collaboration avec des intervenants des services de maintien à domicile ou avec des groupes d'aînés ont permis de mieux documenter la question de la violence et des abus envers des clients âgés et de contribuer à améliorer les capacités d'intervention. Le Conseil des aînés (1995), dans son *avis sur les abus exercés à l'égard des aînés* fait état d'expériences réalisées soit par des établissements du réseau sociosanitaire (Régies régionales, CLSC) ou encore, de programmes initiés par la Sûreté du Québec ou certaines municipalités. Du côté des CLSC, l'intérêt du Conseil des aînés s'est porté plus particulièrement sur deux expériences en cours dans la région de Montréal. Le «modèle d'intervention dans les cas d'abus à l'endroit des personnes âgées» a été amorcé par des intervenants du maintien à domicile qui cherchaient à documenter l'ampleur des phénomènes d'abus dans le cas de leur clientèle. En plus d'outils de dépistage et de protocoles d'intervention, une recherche action (CLSC Notre Dame de Grâce/Montréal-Ouest et Université Concordia) a été entreprise et a permis d'élaborer de nouveaux moyens de dépistage mais aussi de mieux documenter les facteurs de risque associés aux situations d'abus potentiel.

Le Centre de consultation sur les abus envers les aînés du CLSC René Cassin (1995) a pris la relève des efforts entrepris par le personnel du Centre de Services sociaux juifs à la famille pour mieux protéger les personnes âgées victimes de mauvais traitements ou de négligence. Outre les services directement offerts aux aînés et à leur famille, on a implanté une équipe de consultation utilisée par les intervenants d'autres organismes et établissements rencontrant des situations d'abus chez leurs clients âgés. L'approfondissement de l'expertise, rendu possible par la recherche et la formation, est accessible grâce à cette équipe et à une ligne téléphonique de consultation qui répond aux demandes des professionnels.

Quantité d'autres actions ont été entreprises par des groupes communautaires d'aînés ou des services policiers, mais le plus souvent par des coalitions de représentants de divers secteurs. Dans le cas de cette problématique, un réel effort de concertation a permis de mettre à profit les compétences des aînés et des intervenants et d'alimenter la recherche qui, tout en documentant les facteurs de risques et la fréquence des abus, a pu contribuer à l'élaboration d'outils de dépistage et d'intervention.

Les instruments évaluant les situations d'abus et de violence vécues par les aînés devraient également tenir compte, comme mentionné plus haut, des perceptions de la personne, du contexte de l'événement et de ses conséquences. Dans ce contexte, divers instruments élaborés par Reis et Nahmiash (1995) pour des fins d'intervention pourraient fournir des pistes intéressantes. L'inventaire des comportements violents (ICV), développé par L'Heureux (1993) et conçu de façon à tenir compte, dans la construction des items, de ce que les victimes elles-mêmes perçoivent comme une violence à leur égard, pourrait également être adapté à la problématique de l'abus envers les aînés.

En conclusion, pour les fins de la planification dans le domaine de la prévention et de l'intervention auprès des personnes âgées, plutôt que d'inclure un volet sur la violence dans une enquête générale sociale et de santé, il serait préférable de réaliser une enquête spécifique sur la violence auprès des personnes âgées en y incluant des volets sur d'autres thèmes associés, tels que le contexte social et la santé.

4.5 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALLARD, M. (1992). *Mise à l'essai du Conflict Tactics Scales (CTS) auprès des personnes âgées : analyse qualitative et propositions concernant son utilisation*, UQAM, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (LAREHS), Montréal, 32 p. + annexes.

BLOCK, M.R. (1983). "Special Problems and Vulnerability of Elderly Women", *in* Kosberg, J.L. (Ed.), *Abuse and Maltreatment of the Elderly : Causes and Interventions*, John Wright. PSG Inc., Boston, Mass., p. 220-233.

CLSC RENÉ CASSIN (1995). *Personnes âgées victimes d'abus et de négligence, Protocole et guide d'intervention*, 32 p.

COMITÉ SUR LES ABUS EXERCÉS À L'ENDROIT DES PERSONNES ÂGÉES (1989). *Vieillir... en toute liberté*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, Québec, 131 p.

CONSEIL DES AÎNÉS (1995). *Avis sur les abus exercés à l'endoit des personnes aînés*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 63 p.

DUSSAULT, H. (1986). *De l'exploitation faite aux personnes âgées*, Centre de services sociaux de Montréal métropolitain (CSSMM), Montréal, 14 p.

GRANDMAISON, A. (1988). *Protection des personnes âgées*. Étude exploratoire de la violence à l'égard de la clientèle des personnes âgées du CSSMM, Montréal.

HUDSON, M.F.; JOHNSON, T.F. (1986). "Elder Neglect and Abuse : A Review of the Literature", in C. Eisdorfer *et al.* (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatics*, vol. 6, Springer, New York.

JUTRAS, S. VEILLEUX, F. (1989). *Des «partenaires» méconnus : les aidants des personnes âgées en perte d'autonomie*, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et en sécurité du travail, Université de Montréal.

KINDERKNECHT, C.H. (1986). "In Home Social Work with Abused or Neglected Elderly : An Experiential Guide to Assessment and Treatment, *in Journal of Gerontological Social Work*, vol. 9, no 3, p. 28-41.

LAMARCHE, M.C.; BRILLON, Y. (1983). *Personnes âgées de Montréal face au phénomène criminel : une analyse qualitative des attitudes et des représentations sociales*, Université de Montréal, Centre international de criminologie comparée, Groupe de recherche sur les attitudes envers la criminalité, 124 p.

LAU, E; KOSBERG, J.I. (1979). "Abuse of Elderly by Informal Care Providers", *Aging*, no 299-300, p. 10-15.

L'HEUREUX, P. (1993; 1994). *Inventaire des comportements violents*, divers documents (grilles et guide d'utilisation). E.P.L. Inc., Longueuil, Québec.

O'MALLEY, H.C.; SEGEL, H.D.; PEREZ, R. (1979). *Elder Abuse in Massachusetts : Survey of Professionals and Paraprofessionals*, Legal Research and Services to the Elderly, Boston.

PILLEMER, K.; FINKELHOR, D. (1988). "The Prevalence of Elder Abuse : A Random Sample Survey". *The Gerontologist*, vol. 28, no 1, p. 51-57.

PODNIEKS, E. *et al.* (1989). *National Survey on the Abuse of the Elderly in Canada*, Preliminary Findings, Ryerson Polytechnical Institute, Toronto.

PODNIEKS, E.; PILLEMER, K. (1990). *National Survey on Abuse of the Elderly in Canada*. Ryerson Polytechnical Institute, Toronto.

RATHBONE-MC CUAN, E.; HASHIMI, J. (1982). *Isolated Elders: Health and Social Intervention*, Aspen Publication, Rockville, Maryland, 324 p.

REIS M.; NAHMIASH D. (1995). *Final Report on Project Care : Caregiver and Care Receiver Abuse Research*, Submitted to Family Violence Prevention, Division Health Canada, 60 p.

STEUER, J.; AUSTIN, E. (1980). "Family Abuse of the Elderly", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 28, no 8, p. 372-376.

STRAUS, M.A. (1979). "Measuring Intrafamily Conflict Violence : The Conflict Tactics Scales (*CTS*)", *Journal of Marriage and the Family*, vol. 41, p. 75-88.

STRAUS, M.A.; GELLES, R.J. (1986). "Societal Change in Family Violence From 1975 to 1985 as Revealed by Two National Surveys", *Journal of Marriage and the Family*, vol. 48, p. 465-479.

WOLF, R.S.; STRUGNELL, C.P.; GODKIN, M.A. (1982). *Preliminary Findings from Three Model Projects on Elderly Abuse*, Centre on Aging, University of Massachusetts Medical Centre, Worcester, Mass.

TABLEAU A.4.1
Prévalence annuelle des conduites à caractère violent à l'égard des personnes âgées répondantes au QRC, Enquête sociale et de santé 1992-1993

	COMBIEN DE FOIS DEPUIS UN AN, UN/UNE DE VOS PROCHES?	%	n
Conduites verbales/symboliques			
QRC4	Vous a insulté(e) ou s'est adressé(e) à vous en sacrant?	4,5	46
QRC5	Vous a boudé(e) ou a refusé de discuter d'un problème avec vous?	8,5	86
QRC6	Impliqué(e) dans un problème avec vous est sorti(e) fâché(e) de la pièce ou de la maison en claquant la porte?	5,6	57
QRC7	A pleuré en tentant de régler un problème avec vous?[1]	6,0	61
QRC8	A dit ou fait quelque chose pour vous contrarier volontairement?	9,7	98
QRC9	A menacé de vous frapper ou de vous lancer quelque chose?	0,1	1
QRC10	A lancé, cassé, frappé un objet ou a donné des coups de pied sur un objet en votre présence?	0,3	3
Conduites physiques mineures			
QRC11	Vous a lancé quelque chose?	0,2	2
QRC12	Vous a poussé(e), empoigné(e) ou bousculé(e)?	0,7	7
QRC13	Vous a donné une claque ou une gifle?	0,2	2
Conduites physiques graves			
QRC14	Vous a donné un coup de pied ou de poing?	0,0	0
QRC15	A essayé de vous frapper volontairement avec un objet?	0,0	0
QRC16	Vous a administré une raclée?	0,2	2
QRC17	A essayé de vous étrangler?	0,0	0
QRC18	Vous a menacé(e) avec un couteau ou un fusil?	0,1	1
QRC19	A utilisé un couteau ou un fusil contre vous?	0,1	1
Autres conduites			
QRC20	A menacé de vous laisser seul(e) ou de ne plus vous aider si les choses n'allaient pas à son goût?	2,0	21
QRC21	A tenté ou vous a effectivement triché(e), volé(e) ou a essayé d'obtenir de l'argent en vous y forçant?	0,8	8
QRC22	A refusé de vous donner des soins ou vous a négligé(e) dans le but de vous punir?	0,2	62

[1] Cette question n'est pas incluse dans l'indice.

CHAPITRE

CONCLUSION GÉNÉRALE

5

Brian Mishara, LAREHS, Université du Québec à Montréal

Patricia Caris, Direction de la planification, ministère de la Santé et des Services sociaux

Les principaux objectifs poursuivis dans le cadre des travaux sur la résolution de conflits entre proches visaient : l'évaluation de la faisabilité de mesurer l'ampleur des conduites à caractère violent lors de résolution de conflits entre proches dans le cadre d'une enquête de population comme l'Enquête sociale et de santé 1992-1993; la mesure de la prévalence des conduites de violence verbale/symbolique et physique à l'égard des enfants, des conjointes et des personnes âgées; et l'étude des liens entre les conduites à caractère violent et certaines variables personnelles, économiques et sociales.

L'évaluation de l'atteinte des objectifs doit être nuancée en fonction de chacun des trois groupes en cause. La méthodologie et le questionnaire de base étaient les mêmes pour les enfants, les conjointes et les personnes âgées, cependant la validité des résultats et leur portée varient beaucoup d'un groupe à l'autre. Pour chacun de ces groupes, la présente conclusion rappelle d'abord les faits saillants de ce volet de l'enquête, puis l'atteinte des divers objectifs est évaluée. Diverses pistes de recherche sont suggérées et les implications des résultats pour la planification de politiques sociales au Québec sont brièvement discutées.

5.1 FAITS SAILLANTS

5.1.1 PRÉVALENCE DES COMPORTEMENTS À CARACTÈRE VIOLENT

Selon les données de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993,

la grande majorité des personnes échantillonnées réussissent à résoudre de manière pacifique les conflits qui peuvent surgir dans leur famille. En comparant les résultats obtenus tant pour les enfants que pour les conjointes et les personnes âgées avec ceux d'autres enquêtes menées aux États-Unis, on obtient des taux de violence verbale/symbolique et physique nettement inférieurs (Chamberland *et al.*, 1986; Straus et Gelles, 1990). Il reste néanmoins un nombre significatif de personnes victimes de conduites à caractère violent susceptibles d'affecter ou même de compromettre grandement leur santé ou leur bien-être.

Selon les données recueillies, dans trois ménages échantillonnés sur dix, une personne adulte a recours à la punition physique pour régler les conflits qui surgissent avec un enfant du ménage. Les enfants de 3 à 6 ans sont les plus susceptibles de recevoir une fessée ou d'être victimes d'un autre comportement à caractère violent de la part des parents. Les conduites verbales/symboliques à caractère violent sont beaucoup plus fréquentes puisque presque la moitié (48 %) des enfants ont été l'objet de ce type de conduites durant les douze mois ayant précédé l'enquête.

Six pour cent des femmes de l'échantillon ont été secouées, bousculées ou poussées par leur conjoint ou ex-conjoint au cours des douze mois ayant précédé l'enquête; 2,3 % ont été victimes de violence plus grave, notamment des coups de poing et de pied et 1,2 % ont été victimes d'une violence telle que leur santé ou leur vie étaient en danger. Pour ce groupe également, la violence psychologique est beaucoup plus fréquente puisque six femmes sur dix ont subi des conduites verbales ou symboliques à caractère violent de la part de leur conjoint.

Les données sur les personnes âgées échantillonnées semblent suggérer que celles-ci sont moins souvent victimes de violence physique et psychologique. Les questions quant à la validité des données recueillies sont toutefois plus nombreuses dans ce cas que pour les autres groupes. Selon les résultats obtenus, 1,2 % des

personnes âgées ont été victimes de violence physique alors que 2,3 % ont été menacées d'être abandonnées ou ont été victimes de négligence, de fraude ou de vol. Ces formes de conduites à caractère violent seraient plus spécifiques aux personnes âgées et beaucoup plus fréquentes que la violence physique. Encore une fois, parmi ce sous-groupe de répondants, la violence psychologique est le type de violence le plus répandu puisque 15,6 % des aînés ont indiqué avoir subi des conduites verbales ou symboliques à caractère violent au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

5.1.2 FACTEURS LIÉS AUX COMPORTEMENTS À CARACTÈRE VIOLENT

Le nombre restreint de personnes âgées ayant déclaré avoir vécu des comportements à caractère violent ne permet pas d'établir de liens significatifs entre la prévalence de ce type de comportements et les variables personnelles, sociales et psychologiques retenues dans le cadre de cette enquête.

Dans le cas des enfants, la misère économique ressort comme un facteur lié de façon significative aux comportements à caractère violent. L'état psychologique des mères répondantes est relié à l'usage de la violence à l'égard des enfants; toutefois, la présence d'un schème où ces mères pourraient elles-mêmes faire l'objet de violence de la part d'un conjoint, et avec elles leur enfant, n'est pas impossible. Il faut souligner aussi la cooccurrence des types de violence à caractère mineur et plus grave à l'endroit des enfants.

Quant à la violence envers la conjointe, elle est liée notamment à l'état de dépendance de la femme, à sa précarité financière et à celle de son conjoint. Le fait d'appartenir à un milieu défavorisé, d'avoir peu de rencontres sociales, de ne pas pouvoir compter sur l'aide de proches augmente les risques de violence conjugale. La consommation d'alcool du conjoint fait également partie des facteurs qui accroissent les risques de situation de violence. Seules des analyses multivariées permettraient toutefois de comparer l'importance relative de chacun de ces facteurs dans l'explication des comportements en cause.

5.2 ATTEINTE DES OBJECTIFS

Le premier objectif, qui consistait à vérifier la faisabilité de mesurer l'ampleur des situations de violence entre proches, dans le cadre d'une enquête générale de population, a été atteint malgré certaines limites méthodologiques. L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a permis de montrer la prévalence de comportements à caractère violent lors de la résolution de conflits entre proches en utilisant une méthode et un questionnaire qui permettraient des comparaisons avec les taux relevés parmi d'autres populations. Les prévalences observées dans l'échantillon ne peuvent toutefois être inférées à l'ensemble de la population québécoise. La méthodologie utilisée dans le cadre de cette enquête pose en effet différents problèmes.

Lors de l'administration du questionnaire, une des raisons principales de non réponse était liée à l'impossibilité d'isoler le répondant au moment de l'entrevue. Cette difficulté a eu pour conséquence une réduction de la taille de l'échantillon, réduction qui de plus, n'était pas aléatoire. Dans le cas des personnes âgées, les personnes vivant seules se sont trouvées surreprésentées, cette situation créant un biais puisque ces personnes risquaient moins d'être victimes d'abus comparativement aux personnes vivant avec des membres de leur famille. Dans le cas des deux autres instruments, l'impossibilité de comparer les répondantes et les non-répondantes empêche l'évaluation des biais liés à la procédure de sélection.

L'utilisation d'un répondant unique a pu aussi poser problème et avoir comme effet une sous-estimation de la prévalence des problèmes de violence en milieu familial. Pour pallier à cette faiblesse, il faudrait pouvoir interroger tous les membres d'un ménage ou encore, procéder à une sélection aléatoire des répondants.

Le questionnaire utilisé, basé sur le Conflict Tactics Scales *(CTS)*, offre l'avantage de permettre des comparaisons avec les résultats d'autres enquêtes qui ont utilisé ce questionnaire auparavant. Cet outil a par

ailleurs été validé à plusieurs reprises. Le *CTS* a toutefois été moins utilisé pour les populations âgées et certaines recherches montrent que cet instrument ne couvre pas adéquatement plusieurs aspects importants des situations d'abus ou de violence vécues par les aînés.

5.3 PISTES DE RECHERCHE

Le présent volet de l'enquête a dévoilé l'ampleur des comportements à caractère violent au sein de l'échantillon et certaines des variables personnelles et sociales liées à ces comportements ont été identifiées. Il reste cependant à établir des prévalences généralisables à l'ensemble de la population québécoise. Les contextes sociaux, économiques et environnementaux pouvant engendrer l'apparition de la violence doivent également être pris en compte.

La violence en milieu familial se limite rarement à un seul membre de la famille. La violence entre conjoints et celle à l'endroit des enfants semblent cohabiter facilement. Il serait important de continuer à considérer l'ensemble du milieu familial dans de futures recherches.

Lorsqu'on utilise un instrument comme le *CTS*, la prévalence des comportements à caractère violent est identifiée selon une grille préétablie, sans prendre en compte la façon dont les répondants perçoivent ou comprennent ces événements. Dans cette grille, la violence psychologique, pourtant très fréquente, ne semble pas être considérée comme aussi grave que la violence physique. Il serait important de chercher à cerner la perception que les répondants ont du caractère violent de ces comportements. Il faudrait étudier davantage les perceptions des deux types de violence physique et psychologique et le rôle de ces perceptions tant sur le plan des conséquences pour la victime que dans la recherche de solutions pour les problèmes de violence en milieu familial.

Enfin, il importe de constituer des banques de données suffisantes pour permettre des analyses multivariées et d'être ainsi en mesure d'apprécier l'importance relative de différentes variables pouvant

expliquer les comportements à caractère violent.

5.4 PISTES DE RÉFLEXION ET D'INTERVENTION

Faut-il amender le Code criminel et ainsi témoigner de la volonté de notre société d'encourager des conduites non-violentes de la part des parents ? La punition physique est un prédicteur puissant de la violence grave envers les enfants. De plus, les adultes qui ont été victimes de punitions physiques durant leur enfance sont plus souvent violents envers leur conjoint(e) (Straus et Gelles, 1990). Sans légiférer pour faire de la punition physique un acte criminel, il conviendrait cependant de retirer l'article 43 du Code criminel canadien qui permet aux parents et éducateurs l'usage de ce type de correction. Il importe également de favoriser des programmes de promotion des comportements non-violents et la prévention ou l'intervention précoces.

Tant dans le cas des enfants que des conjoints, les situations financières précaires sont liées aux comportements de violence. Des efforts visant à diminuer la pauvreté des familles peuvent donc avoir un effet sur la diminution de ces comportements.

Les manifestations de violence dans notre société, bien que toujours inquiétantes, restent néanmoins inférieures à celles de bien d'autres pays, notamment des États-Unis (Chamberland *et al.*, 1986). S'il est vrai que les situations de précarité financière et le stress qui lui est associé sont souvent liés aux situations de violence, le maintien des acquis sociaux est d'une importance capitale pour assurer un caractère juste et équitable à notre société et ainsi contribuer à diminuer, sinon à éliminer, plusieurs des problèmes sociaux les plus dommageables.

5.5 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CHAMBERLAND, C.; BOUCHARD, C.; BEAUDRY, J. (1986). Les mauvais traitements envers les enfants : réalités canadienne et américaines. *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 18, p. 391-412.

STRAUS, M.A.; GELLES, R.J. (1990). *Physical Violence in American Families : Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Familles*. Transaction Publishers, New Brunswick.

N 10,812
Ex.2

Gouvernement du Québec
Santé Québec